

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií



Mentální anorexie a její léčba

Anorexia Nervosa and Treatment

Studijní program: B 5341 Ošetřovatelství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Alena Horáková

Bakalářská práce

Liberec 2012

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alena Horáková**
Osobní číslo: **Z09000041**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Mentální anorexie a její léčba**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle výzkumu:

- 1.Cílem bakalářské práce je zjistit úspěšnost léčby mentální anorexie.
- 2.Cílem bakalářské práce je zjistit, jak se pacienti vnímají po léčbě mentální anorexie.
- 3.Cílem bakalářské práce je objasnit nejčastější příčinu vzniku mentální anorexie.

Teoretické východiska:

Bakalářská práce se zabývá mentální anorexií a léčbou této nemoci, která je aktuálním tématem ve světě. Mentální anorexie patří mezi závažné poruchy příjmu potravy. Teoretická část obsahuje charakteristiku, typické chování, rizikové rysy mentální anorexie. Zdůrazňuje faktory vzniku a symptomy této diagnózy. Upozorňuje na důsledky mentální anorexie a informuje o léčbě, která se indikuje při této diagnóze.

Charakteristika mentální anorexie (typy mentální anorexie, kategorie, rozdělení, zařazení).

Chování nemocných s mentální anorexií.

Rizikové povahové rysy mentální anorexie.

Faktory vzniku mentální anorexie.

Charakteristika dysfunkční rodiny, typy dysfunkčních vztahů v rodině.

Symptomy mentální anorexie.

Diagnostika mentální anorexie.

Důsledky mentální anorexie.

Léčba mentální anorexie.

Indikační kritéria pro hospitalizaci s diagnózou mentální anorexie.

Výzkumné předpoklady:

- 1.Předpokládám, že rodinná opora může urychlit léčbu a minimalizovat důsledky mentální anorexie.
- 2.Předpokládám, že dysfunkční rodina zhoršuje léčbu mentální anorexie.

Metoda: Kvantitativní

Technika: Dotazník - osobně předaný

Místo a čas výzkumu: Psychiatrické ambulance - prosinec 2011

Vzorek: Pacienti léčení s diagnózou mentální anorexie

Rozsah grafických prací: např. 10 tabulek, 10 grafů
Rozsah pracovní zprávy: 50-70 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. PAPEŽOVÁ, Hana. Anorexia nervosa. 1.vyd. Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 s. ISBN 85121-32-8.
2. KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. 255 s. ISBN 80- 247-0840-X.
3. KOCOURKOVÁ, Jana, et al. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. 1.vyd. Praha: Galén, 1997. 150 s. ISBN 80-85824-51-5.
4. HORT, Vl., HRDLÍČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E., et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. 2.vyd. Praha: Portál, 2008. 494 s. ISBN 80-7367-404-1.
5. KRCH, František David. Mentální anorexie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.

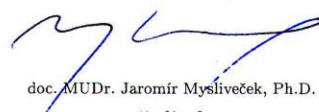
Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jana Woleská
 Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 15. září 2010
Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2012

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kús
rektor



doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel



V Liberci dne 30. listopadu 2010

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 28.6.2012

Podpis



Poděkování

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi pomáhali při psaní závěrečné práce. Mgr. Janě Wolesské za cenné rady a připomínky při odborném vedení práce. Všem respondentům, kteří mi byli v této práci nápomocni. Velké poděkování patří také mé rodině a příteli, kteří mi po celou dobu studia poskytovali potřebnou podporu a zázemí.

Anotace

Jméno a příjmení autora: Alena Horáková

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

Název práce: Mentální anorexie a její léčba

Vedoucí práce: Mgr. Jana Woleská

Počet stran: 82

Počet příloh: 2

Rok obhajoby: 2012

Souhrn:

Tématem bakalářské práce je „Mentální anorexie a její léčba.“ Cílem práce je zjistit úspěšnost léčby mentální anorexie, jak se pacienti vnímají po léčbě mentální anorexie a objasnění nejčastější příčiny vzniku mentální anorexie.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část se zabývá definováním poruch příjmu potravy, charakteristikou mentální anorexie, chováním patientek s diagnostikovanou mentální anorexií, rizikové povahové rysy, faktory vzniku, příznaky, diagnostikou, léčbou a důsledky mentální anorexie.

V empirické části jsou analyzovány získané poznatky. Pro výzkumnou část je použita kvalitativní metoda šetření formou dotazníku. Výsledky výzkumu jsou zpracovány formou grafů a tabulek doplněné komentáři. Na začátku psaní bakalářské práce byly stanoveny cíle a hypotézy, které jsou na základě výsledků kvalitativního výzkumu buď potvrzeny, nebo vyvráceny.

Klíčová slova: Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, léčba, příčiny mentální anorexie

Annotation

Name and surname: Alena Horáková

Institution: Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

Title: Anorexia Nervosa and Treatment

Supervisor: Mgr. Jana Woleská

Pages: 82

Addenda: 2

Year: 2012

Summary:

The theme of the bachelor degree thesis is “Anorexia Nervosa and its Treatment”. The objective of the work is to determine the success rate of treatment of anorexia nervosa, how patients perceive themselves after treatment and the most common causes of development of anorexia nervosa.

The thesis is divided into a theoretical and an empirical section. The theoretical section deals with defining eating disorders, the characteristics of anorexia nervosa, the behaviour of patients with a diagnosis of anorexia nervosa, risk-prone character traits, the factors of development, symptoms, diagnosis, treatment and consequences of anorexia nervosa.

The empirical section analyses the knowledge acquired. A qualitative method of investigation by means of a questionnaire is used for the research part. The results of the research are processed in the form of a graph and tables supplemented with comments. At the beginning of writing of the bachelor degree thesis, objectives and hypotheses were set, which will be either confirmed or rejected on the basis of the results of the qualitative research.

Key words: Eating disorders, anorexia nervosa, treatment of anorexia nervosa, causes of anorexia nervosa

Obsah

Obsah.....	8
Úvod	11
Teoretická část	12
1 Poruchy příjmu potravy	13
1.1 Škály pro hodnocení poruch příjmu potravy.....	13
1.2 Poruchy příjmu potravy dle mezinárodní klasifikace	14
1.3 Charakteristika poruch příjmu potravy	14
1.3.1 F50.0 Mentální anorexie	14
1.3.2 F50.1 Atypická mentální anorexie.....	14
1.3.3 F50.2 Mentální bulimie	14
Diagnostická kritéria mentální bulimie	15
1.3.4 F50.3 Atypická mentální bulimie.....	15
1.3.5 F50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami	15
1.3.6 F50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami.....	16
2 Specifické poruchy příjmu potravy v útlém a dětském věku	16
2.1 Ruminace.....	16
2.2 Pika	16
3 Definice mentální anorexie	16
3.1 Atypická mentální anorexie	17
3.2 Chování nemocných s mentální anorexií (5 stádií)	18
3.3 První symptomy vzniku mentální anorexie	18
3.4 „Výhody“, které mentální anorexie přináší	19
3.5 Rizikové povahové rysy mentální anorexie.....	20
3.6 Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10	20
3.7 Diagnostická kritéria DSM-IV mentální anorexie	21
3.8 Specifické typy.....	22

3.9	BMI (Body Mass Index)	22
4	Faktory podílející se na vzniku mentální anorexie	22
4.1	Biologické faktory.....	22
4.1.1	Ženské pohlaví.....	22
4.1.2	Tělesná hmotnost.....	23
4.1.3	Menstruační cyklus	23
4.1.4	Puberta.....	23
4.1.5	Životní události.....	24
4.2	Psychologické faktory.....	24
4.3	Socio-kulturní faktory.....	24
4.4	Rodinné faktory a genetika	25
5	Důsledky mentální anorexie.....	26
5.1	Kardiovaskulární komplikace	26
5.2	Renální komplikace	27
5.3	Gastrointestinální komplikace	27
5.4	Kosterní komplikace.....	28
5.5	Endokrinní komplikace	28
5.6	Hematologické komplikace	29
5.7	Neurologické komplikace.....	29
5.8	Metabolické komplikace	29
5.9	Dermatologické komplikace.....	30
5.10	Psychiatrické komplikace	30
6	Terapie mentální anorexie	31
	Cíle léčby mentální anorexie:.....	31
6.1	Nejčastěji užívaná léčba kombinovaná tedy ambulantní a hospitalizace	32
	Indikační kritéria pro hospitalizaci	34
6.2	Ambulantní lékařská péče.....	34

6.3	Rodinná psychoterapie	35
6.4	Kognitivně-behaviorální terapie.....	35
6.5	Interpersonální terapie	36
6.6	Svépomocné skupiny	37
6.7	Léčba gynekologická	37
7	Farmakoterapie	38
7.1	Léčiva užívaná k výživě organismu při kachexii.....	39
8	Metodika výzkumného šetření.....	41
8.1	Cíl práce.....	41
8.2	Formulace hypotéz.....	41
8.3	Volba a charakteristika metody	41
8.4	Výběr respondentů a charakteristika vzorku respondentů	41
8.5	Organizace výzkumu, zpracování získaných informací	42
9	Analýza výsledků zjištěných dotazníkovým šetření	43
9.1	Hlavní výsledky práce a ověřování hypotéz	65
10	Diskuze	66
11	Návrh na řešení zjištěných nedostatků	68
12	Závěr.....	69
	Bibliografie	71
	Přílohy.....	73

Úvod

Bakalářská práce je zaměřena na léčbu pacientů s diagnózou mentální anorexie. Při vypracování bakalářské práce byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bakalářské práce je zjistit úspěšnost léčby mentální anorexie. Druhým cílem je, jak se pacienti vnímají po léčbě mentální anorexie. Posledním cílem je objasnit nejčastější příčinu vzniku mentální anorexie.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu aktuálnosti daného tématu ve světě a proto, že jsem tímto onemocněním trpěla ve svých 17 letech. Stále narůstá počet případů onemocnění mentální anorexie a je velmi důležité, aby společnost byla o tomto onemocnění co nejvíce informována. Poruchy příjmu potravy patří mezi závažné duševní onemocnění, které zasahují do oblasti psychické, somatické i sociální. Mezi nejčastější poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie. Obě diagnózy zahrnují typické patologické projevy v příjmu potravy a způsoby redukce kalorií. Mentální anorexie je nemoc „moderní doby“. Někteří autoři ve svých publikacích zařazují mentální anorexii mezi civilizační choroby, které postihují nejčastěji dívky a mladé ženy v období puberty a adolescence. V překladu slovo „anorexie“ znamená ztrátu chuti k jídlu. U pacientek s diagnostikovanou mentální anorexií nejde o pravou ztrátu chuti k jídlu. Pacientky chuť k jídlu mají zachovanou, ale bojují s chutí a hladem a nacházejí potěšení ve schopnosti kontrolovat se, ovládat a zhubnout. Pokud se pacientka přestane kontrolovat a ovládat nad příjmem stravy, dojde k pocitům viny, vlastnímu selhání, nenávisti vůči sobě a studu. Pro mentální anorexii jsou charakteristické příznaky, jako je sledování tělesné hmotnosti, zkreslené vnímání vlastního těla a intenzivní strach z přírůstku na váze. Poruchy příjmu potravy jsou zdraví nebezpečné, nejsou-li včas zachyceny a léčeny mohou být příčinou metabolického rozvratu až smrti. Nejčastější příčinou proč vůbec mentální anorexie vznikla je životní situace či událost, s kterou jedinec se nedokáže racionálně vypořádat.

Základní léčba mentální anorexie je psychiatrická a následně i psychologická, má však velmi nízkou úspěšnost, včetně rodinné či skupinové terapie. Při psychoterapii je důležitá spolupráce pacienta, která je většinou v těchto případech špatná. Terapie mentální anorexie by měla být dlouhodobá. Léčba mentální anorexie může probíhat formou ambulantní psychiatrické péče a ambulantní psychoterapie u vážnějších případů s metabolickým rozvratem a výraznějším úbytkem tělesné hmotnosti je indikována hospitalizace.

Teoretická část

1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou v dnešní moderní době aktuálním diskutovaným tématem. Onemocnění postihuje především mladé dívky a ženy, vzácně se vyskytuje onemocnění i u mužů. Odpověď na otázku co poruchy příjmu potravy jsou, velice dobře vystihuje definice. „*Jedná se o poruchy jednání vztahující se k jídlu a o percepční poruchy – odlišné vnímání vlastního těla a tělesných proporcí. Jsou to závažné, obtížně léčitelné poruchy, které vznikají nejčastěji v dospívání a jejichž výskyt se celosvětově dramaticky zvyšuje.*“¹

Poruchy příjmu potravy se řadí primárně mezi duševní poruchy. Onemocnění postihuje jak oblast psychickou tak i somatickou a patří tak mezi tzv. „civilizační choroby“. Poruchy příjmu potravy se zároveň zařazují mezi chronické onemocnění s recidivujícím průběhem. Při poruše příjmu potravy přestává být jídlo důležitou biologickou denní potřebou. Příznaky vzniku či průběhu onemocnění je strach z tloušťky, nadměrná pozornost vnímání tělesného schématu a tělesných proporcí vlastního těla. Poruchy příjmu potravy se třídí dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Duševní poruchy se nachází v kategorii F.

1.1 Škály pro hodnocení poruch příjmu potravy

- **Test postoje k jídlu – EAT** (Eating Attitude Test) – „*sebehodnotící dotazník užívaný u mentální anorexie. Obsahuje celkem 40 položek (26 u zkrácené verze) popisujících obvyklé obrazy a anorektické chování. Nejextrémnější patologické odpovědi se skórují 3 body, méně abnormální odpovědi 2, respektive 1 bodem. Posuzuje se přítomný stav pacientek, hodnotí se míra závažnosti anorektických příznaků a dynamika vývoje příznaků během léčby.*“
- **Dotazník stravovacích poruch – EDI** (Eating Disorder Inventory) – „*užívá se ke zhodnocení psychopatologie u mentální anorexie a bulimie. Sebeuposuzovací škála má 64 položek, roztríděných do osmi subškál (míra potřeby hubnout, míra bulimie, nespokojenost s vlastním tělem, neúčinnost, perfekcionismus, interpersonální stres, interoroceptivní vnímání, strach z dospívání). Každá subškála se skóruje zvlášť, jinak je hodnocení obdobné EAT.*“²

¹MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.

²HORT, V., HRDLÍČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. et al.. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2008. 494 s. Dětská a adolescentní psychiatrie 65,66 s. ISBN 80-7367-404-1.)

1.2 Poruchy příjmu potravy dle mezinárodní klasifikace

- F50.0 Mentální anorexie.
- F50.1 Atypická mentální anorexie.
- F50.2 Mentální bulimie.
- F50.3 Atypická mentální bulimie.
- F50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami.
- F50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami.
- F50.8 Jiné poruchy příjmu jídla.
- F50.9 Porucha příjmu jídla nespecifikovaná.

1.3 Charakteristika poruch příjmu potravy

1.3.1 F50.0 Mentální anorexie

Mentální anorexie je charakterizována jako úmyslné omezení příjmu potravy a snížení tělesné hmotnosti, které vede až k nechutenství. Nemoc postihuje adolescentní dívky, mladé ženy a vzácně mohou onemocnět i mladí chlapci a muži. Onemocnění se diagnostikuje dle jasně stanovených kritérií. Mentální anorexie může přejít do mentální bulimie. (Hort, Hrdlička, Kocourková 2008)

1.3.2 F50.1 Atypická mentální anorexie

Onemocnění je diagnostikováno při chybění jednoho či více klinických příznaků mentální anorexie např. úbytek na váze, amenorea. Pod pojem atypická mentální anorexie spadají i příznaky pacientů s klinickými příznaky mentální anorexie mírného stupně. (Hort, Hrdlička, Kocourková 2008)

1.3.3 F50.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je vůlí neovladatelné záchvatovité přejídání, které vede k vyprovokovanému zvracení s cílem udržet si svou tělesnou hmotnost. Onemocnění vede ke ztrátě kontroly nad přijímanou potravou. Pocit viny z přejedení vede pacientku k vyvolání nuceného zvracení ve snaze být štíhlá. Pacientka s mentální bulimií si je vědoma svého onemocnění a snaží se zbavit záchvatovitého přejídání a následného zvracení.

Záchvatovité přejídání může být při určité situaci spouštěcím faktorem. Skladba stravy, kterou jedinec s mentální bulimií, do sebe vpraví, má obsahovat co nejvíce kalorií. Účelem přejídání je zasyčení a utlumení tzv. „vlčího hladu“.

Pro mentální anorexii a bulimii je charakteristická: touha po *extrémní štíhlosti, strach z tloušťky a nadměrná pozornost týkající se vzhledu a tělesné hmotnosti*. Četnost výskytu mentální bulimie je srovnatelný s mentální anorexií. Onemocnění vede ke ztrátě elektrolytů a rozvratu vnitřního prostředí v důsledku zvracení. Onemocnění způsobuje v organismu tetanie, srdeční arytmie, svalovou slabost, epilepsii a velký úbytek na váze. (Krch 2002)

Diagnostická kritéria mentální bulimie

- A. Opakující se záchvaty přejídání a neovladatelná kontrola nad příjmem potravy, kdy pacientky stráví velké množství jídla a následně se snaží jídlo vyzvracet.
- B. Strach z přírůstku na váze vede k nadměrné kontrole tělesné hmotnosti. Pacientka/pacient střídá období přejídání s obdobím hladovění, s užíváním léků na snížení tělesné hmotnosti např. diuretik a laxativ.
- C. Nízké sebevědomí spojené s přehnaným zájmem o svůj vzhled a tělesné proporce. (Hort, Hrdlička, Kocourková 2008)

1.3.4 F50.3 Atypická mentální bulimie

Atypická mentální anorexie je diagnostikovaná u pacientů, kde chybí jeden nebo více klinických příznaků mentální bulimie. Pacienti mají normální až nadměrnou váhu. Charakteristické je pro ně období přejídání s následným zvracením. Pokud nedojde ke zvracení, tak pacienti užívají laxativa, která napomáhají snazšímu vyprázdnění. (Hort, Hrdlička, Kocourková 2008)

1.3.5 F50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

Přejídání je definováno jako reakce na stresující zážitky např. ztráta blízké osoby, rozchod s partnerem, dopravní nehoda, operace, chronické onemocnění aj. Přejídání může vést k obezitě u pacientů s genetickou dispozicí k přibývání na váze. (Hort, Hrdlička, Kocourková 2008)

1.3.6 F50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami

Opakované zvracení je typické u disociačních poruch nebo je častou reakcí na stresující událost či zátěž. Onemocnění se objevuje u psychogenní hypertenze těhotných a u psychogenního zvracení. (Hort, Hrdlička, Kocourková 2008)

2 Specifické poruchy příjmu potravy v útlém a dětském věku

V útlém dětském věku se vyskytují specifické poruchy v příjmu potravy. Mezi specifické poruchy v raném věku patří ruminace a pika.

2.1 Ruminace

Ruminace je opakovaná regurgitace malého množství jídla ze žaludku do úst. Strava je v ústech rozžvýkána a opět polknuta. Vrací se do žaludku, kde je strávena bez přítomnosti nauzey. Porucha se vyskytuje především u batolat a kojenců. Může se vyskytovat u jedinců s mentální retardací a neuropatií (Koutek 2011).

2.2 Pika

Pika je porucha, kdy dítě pojídá nestrávitelné látky, které nejsou určené k jídlu. Je to např. hlína, písek, papír, barviva, oděvy, odpadky, vlasy, aj. Onemocnění se objevuje již v raném věku především u dětí s nízkou sociální úrovní rodiny. V dospělosti se porucha vyskytuje pouze u mentálně retardovaných jedinců. (Koutek 2011)

3 Definice mentální anorexie

Dle mezinárodní klasifikace duševních poruch je mentální anorexie zařazena do Behaviorálních syndromů spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50 – 59).

„Poruchy zařazené do této skupiny jasně potvrzují nosnost biopsychosociálního modelu nemoci. Každá porucha má totiž biologické, psychologické a sociální komponenty, právě tak jako je každý jedinec složen z vnitřních systémů (rodiny, komunity, kultury, národa, světa).“³
„Mentální anorexie je psychosomatickým onemocněním, které se závažným způsobem promítá do tělesného stavu. V popředí je omezení výživy se všemi důsledky. Bývá přítomna kachexie, BMI klesá i pod 12kg/m. Pro mentální anorexii je charakteristické vědomé omezování příjmu

³ MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.

*potravy a následné hubnutí. Hubnutí je spojené s podstatnými tělesnými změnami, které vyplývají z dlouhodobé malnutrice, případně zneužívání laxativ, diuretik, anorektik, někdy spojené se zvracením. Přítomny jsou rovněž psychické změny, depresivní syndrom, zvýšená dráždivost, poruchy tělového schématu spojená s nerealným přesvědčením o tom, že pacientka má nadváhu.*⁴

Pro mentální anorexii je charakteristické zkreslené vnímání vlastních proporcí těla. Tímto onemocněním jsou ohroženy adolescentní dívky a mladé ženy, vzácněji mohou onemocnět i chlapci. Mentální anorexie je diagnostikována při ztrátě tělesné hmotnosti více než 25%. (Malá, Pavlovský 2002)

*„Pacienti mají změněný postoj k jídlu a potřebám výživy, mají radost z váhového úbytku. Přejí si být extrémně štíhlí, jsou bez náhledu na nepřiměřenost své nízké hmotnosti. Je narušené vnímání tělesného schématu (pocit velkého zadku, břicha a tlustých stehen) s chorobným strachem ze ztloustnutí.*⁵

Typickým projevem mentální anorexie je hyperaktivita, která se projevuje např. extrémním cvičením (běh, chůze během dne i při běžných aktivitách jako je čtení, malování, učení). Dalším typickým rysem je popírání nemoci a pečování o stravu pro druhé. Onemocnění začíná nenápadně, zprvu pacientka/pacient drží často redukční dietu, kdy přestane jíst sladké, tučné jídlo. Dále přestane konzumovat maso a přejde na vegetariánskou stravu či makrobiotickou stravu. (Malá, Pavlovský 2002)

3.1 Atypická mentální anorexie

Atypická mentální anorexie je specifickým onemocněním, kdy chybí jeden nebo více příznaků mentální anorexie. *„Pacientky v těchto případech nesplňují všechna diagnostická kritéria, avšak v jednom či několika kritériích dosahují jejich obtíže již klinické hloubky. Nejčastěji to bývá pokles váhy pod BMI 17, 5 nebo méně, a s tím spojená endokrinní porucha s amenoreou.*⁶ U atypické mentální anorexie je důležité vyloučit organickou příčinu na somatickém onemocnění.

⁴KOUTEK, J. *Poruchy příjmu potravy: Mentální anorexie*. Česko – slovenská pediatrie. Srpen 2011. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. s. 243.

⁵MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59), s. 76. ISBN 80-7178-700-0).

⁶HORT, V., HRDLÍČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. et al.. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2008. Poruchy příjmu potravy, s. 270. ISBN 80-7367-404-1.

3.2 Chování nemocných s mentální anorexií (5 stádií)

1. Popření. Začátek onemocnění, kdy pacientka/pacient nemá tušení o své nemoci. Myslí si, že pouze drží dietu. Odmítá, že došlo k změně a má radost z úbytku na váze.
2. Úvahy. Pacientka/pacient si začíná všímat změn. Začíná přemýšlet, co je v nepořádku v příjmu potravy a pozoruje, jak se při jídle chová. Nechce nic měnit a je nerozhodná.
3. Příprava. Pacientka/pacient si uvědomuje změnu a vyhledává pomoc okolí. Obává se změn ve svých stravovacích návycích a má strach z příbytku na váze.
4. Akce. Pacientka/pacient se rozhodla s onemocněním bojovat a začít intenzivní léčbu. Končí s redukčními dietami a přehnanou kontrolou své váhy a věří v uzdravení. Potřebují podporu rodiny a okolí.
5. Udržení. Pacientky/pacienti se stále léčí a brání recidivě onemocnění. (Papežová 2000)

3.3 První symptomy vzniku mentální anorexie

- V samých začátcích nemoci je typické držení různých diet pro snížení tělesné hmotnosti. Pacientka/pacient se vyhýbá jídlu s rodinou a sama si vaří vegetariánské pokrmy. Vzrůstá zájem o přípravu pokrmu pro rodinu, ale sama se jídlu záměrně vyhýbá. Pacientka/pacient se zajímá o vegetariánství a makrobiotickou stravu. Z jídla vyloučila všechny sladkosti i tučná jídla. Postupně z jídla vyřadila bílé pečivo, maso, brambory a těstoviny. Tučné pokrmy nahrazuje light výrobky. Při nákupu potravin se soustřeďuje na obsah tuků a cukrů. Připravuje si lehké pokrmy ze zeleniny. Porce, které pacientka/pacient sní, se stále zmenšují. Při společných večeřích s rodinou se pacientka nejčastěji vymlouvá, že se stravovala mimo domov. Snídani se pacientka/pacient vyhýbá s výmluvou, že není zvyklá jíst tak brzy. Pacientka /pacient při konzumaci jídla každý kousek dlouho přežvykuje a jí tak velmi pomalu. Vyčkává odchodu rodiny od stolu, aby jídlo následně vyhodila nebo skryla. Ve strachu ze zvýšení tělesné hmotnosti redukuje i příjem tekutin.

- Pacientka/pacient ztrácí na váze a snaží se to skrýt volným oblečením, aby si okolí nevšimlo změny.
- Pro mentální anorexii je typická aktivita pacientky/pacienta ve volném času. Pacientka nadměrně cvičí, jak před jídlem, tak i po jídle, při čtení chodí po místnosti.
- Pacientka se nadměrně zabývá vlastním tělem a nechybí každodenní vážení. Pacientka stále stojí před zrcadlem a prohlíží se.
- Onemocnění se projevuje únavou, zimomřivostí, bledostí, vypadávání vlasů a absencí menstruačního cyklu.
- Začátek onemocnění je uváděn úbytkem tělesné hmotnosti, kdy pacientce/pacientovi stoupne sebevědomí.
- Pacientka/pacient je uzavřená, sebekritická a má nízké sebevědomí, přestává komunikovat s okolím.
- Může užívat laxativa nebo diuretika, které napomáhají redukci hmotnosti.
- Pacientka reaguje přehnaně až hystericky při naléhání rodiny na příjem stravy.
- Po jídle odchází na toaletu, kde stráví dlouhou dobu. (Papežová 2000).

3.4 „Výhody“, které mentální anorexie přináší

- Manipulace okolí.
- Egocentrismus.
- Úbytek tělesné hmotnosti v počátku.
- Spokojenost se svou postavou a sebekontrolou.
- Oddálení procesu dospívání, strach z dospívání a změny tělesných proporcí.
- Absence menstruačního cyklu.
- Obdiv okolí dívčina vzhledu.
- Nadměrný zájem rodiny.

- Únik před řešením problémů.
- Únik do nemoci u sociálně slabších vrstev, obdržení invalidního důchodu.

3.5 Rizikové povahové rysy mentální anorexie

- **Perfekcionismus** – touha po extrémní dokonalosti, nízké sebevědomí, nespokojenost se svým vzhledem.
- **Zranitelnost** – každá věc.
- **Odpovědnost** – velmi pečliví, ve škole jsou velmi úspěšní.
- **Nestálost** - nadměrná kontrola příjmu jídla převažuje nad ostatními pudy, zvýšená sebekontrola.
- **Puritánství a asketismus** – odmítání jídla nad biologické potřeby vede ke konfliktům.
- **Sebetrestání** – sebekritika je trest, kdy nastane problém a dívka před ním utíká a nechce se s ním vyrovnat. Odmítání připustky, že není něco v pořádku. (Papežová 2000).

3.6 Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10

1. *„Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou hmotností (ať již byla snížena nebo jí nebylo nikdy dosaženo) nebo Queteletův index hmoty těla (BMI) je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.“*
2. *„Snížení váhy si způsobuje pacientka/pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům, po kterých se tloustne, a že užívá jeden nebo více z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokované defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.“*
3. *„Přítomna je specifická psychopatologie, přičemž stále trvá strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládavá myšlenka, a pacientka/pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.“*

4. „Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-pituitární-gonadální osu, se projevuje u žen amenoreou a u mužů ztrátou sexuálního zájmu a potence, výjimkou je vaginální krvácení navozené hormonální terapií. Mohou se také vyskytovat zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulinu.“
5. „Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjejí prsa a dochází k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitály). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna.“⁷

3.7 Diagnostická kritéria DSM-IV mentální anorexie

(DSM-Diagnostický a statistický manuál poruchy příjmu potravy Americké psychiatrické společnosti)

- I. „Odmitání udržovat tělesnou hmotnost na úrovni nebo nad úrovní normální hmotnosti vzhledem k věku a výšce, např. úbytek hmotnosti, který udržuje tělesnou hmotnost na nižší úrovni, než je 85% hmotnosti očekávané, nebo úplně chybí přírůstek hmotnosti v období růstu, což vede k tělesné hmotnosti nižší než 85 % hmotnosti normální pro daný věk.“
- II. „Intenzivní strach z přibírání na hmotnosti nebo z tloustnutí, přestože je hmotnost nižší než normální.“
- III. „Narušení způsobu vnímání tělesné hmotnosti nebo tělesných proporcí a jejich přehnaný vliv na sebehodnocení nebo odmitání závažnosti současné nízké tělesné hmotnosti.“

⁷KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1.vyd. Praha: Galén, 1997. Poruchy příjmu potravy, s. 16-17. ISBN 80-85824-51-5.)

IV. „U žen po menarche je amenorea, tj. chybění nejméně tří po sobě následujících menstruačních cyklů. Za amenoreu se považují i periody uměle vyvolané hormony, např. estrogenem.“⁸

3.8 Specifické typy

1. **Nebulimický (restriktivní) typ:** V průběhu mentální anorexie nejsou přítomné opakované záchvaty přejídání.
2. **Bulimický (purgativní) typ:** V průběhu onemocnění dochází k četným záchvatům přejídání. (Krch 2002)

3.9 BMI (Body Mass Index)

Index tělesné hmotnosti se využívá při diagnostice mentální anorexie. Index porovnává výšku k tělesné hmotnosti. Vzorec obsahuje tělesnou hmotnost v kilogramech, která se dělí druhou mocninou výšky v metrech. BMI diagnostikuje podvýživu, normální hmotnost a obezitu. Ideální tělesná hmotnost se uvádí v rozmezí mezi 20 – 25 BMI. Mentální anorexie se diagnostikuje při BMI pod hranicí 17,5. Při hodnotě BMI 13,5 kg/m² je nutná hospitalizace, kdy pacient je ohrožen na životě.

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška}^2 \text{ (m}^2\text{)}}$$

4 Faktory podílející se na vzniku mentální anorexie

4.1 Biologické faktory

4.1.1 Ženské pohlaví

Rizikovým faktorem vzniku mentální anorexie je již samo ženské pohlaví.

„Stačí být ženou a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší.“⁹ Ženská krása hraje významnou roli v moderní společnosti a důraz je kladen na štíhlost. Nejrizikovějším obdobím pro vznik mentální anorexie je puberta a adolescence.

⁸ SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2.vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80- 85912-18-X.

⁹KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2.vyd. Praha: Grada, 2005. Etiologie a komorbidita, s. 61. ISBN 80-247-0840-X.

V tomto období dochází k tělesným změnám (mění se proporce tělesných tuků v oblasti stehen, hýždí a břicha) a následným přijetím ženské role ve společnosti. Adolescentní dívky se často srovnávají s módními ideály vlivem masmédií. Mužským ideálem krásy je svalnaté, vyvinuté tělo. Muži nevnímají svou tělesnou hmotnost ani příjem tučných jídel, proto jsou méně ohroženi mentální anorexií. Nevnímají do takové míry své tělesné proporce a nedrží žádné redukční diety. Chlapci přibírají na svalové hmotě. (Krch 2005)

4.1.2 Tělesná hmotnost

Strach z tloušťky je nejčastějším důvodem držení redukčních diet. Vyšší tělesná hmotnost vyvolává u žen negativní emoce spojené s poklesem sebevědomí. Hrozí nebezpečí vzniku poruch příjmu potravy, které vznikají nejčastěji při složitých životních událostech, ale často mohou být příčinou i nevhodné poznámky dospělého, který nedomyslí důsledky svých sdělení. (Krch 2005)

4.1.3 Menstruační cyklus

Ztráta menstruačního cyklu je důsledkem úbytku 15% tělesné hmotnosti. Menstruační cyklus může být zachován, když žena užívá hormonální antikoncepci. Ztráta menstruačního cyklu dívka nevnímá jako nepříjemné. (Krch 2005)

4.1.4 Puberta

Začátek puberty v evropských zemích je uváděn průměrně kolem 11 roku. Puberta je charakterizována jako období bouřlivých emocí a hormonálních změn, které trvá někdy 4 – 6 let. Puberta začíná u dívek první menstruací a u chlapců první noční polucí. Tělo dívky se mění ve fyzicky dospělého ženu, doprovázené růstem sekundárních pohlavních znaků, zaoblování postavy, přibývání na váze a schopností se rozmnožovat často spojené s kritickým sebehodnocením a výkyvy nálad. Přírůstek na váze je nejčastěji dívkami v tomto období chápán, jako odklon od ideálu krásy a nesplnění kritérií moderní společnosti. První menstruace se objevuje až za dva roky po začátku růstu prsou. Pubescentní věk je charakterizován negativními emocemi, jako je podrážděnost, úzkost, nejistota, změny nálad. V pubertě jsou dívky nejistější oproti chlapcům, jsou sebekritické a mají nízké sebevědomí.

Kritické hodnocení vlastního těla a vzhledu přetrvává ve většině případů až do dospělosti. Naopak puberta u chlapců je vnímána velmi pozitivně. V tomto období dochází k nárůstu svalového hmoty, a proto nedochází ke kritickému vnímání vlastního

těla. Poruchy příjmu potravy u chlapců se objevují velmi zřídka. Přejít z dětského věku do věku dospívání je provázen separací od rodiny, autonomií a prosazováním vlastních názorů. Je spojován se vznikem poruch příjmu potravy. (Krch 2005)

4.1.5 Životní události

Mentální anorexie může být zapříčiněna životní událostí, jako je např. narážka na vzhled dívky (chlapce) nebo tělesnou hmotnost, neúspěch, rozvod rodičů, nemoc či sexuální trauma z dětství či dospívání. Spouštěcím faktorem mentální anorexie může být nástup menstruace nebo i těhotenství. Pacienti trpící mentální anorexií nejsou schopni danou situaci správně řešit, proto tato problematika může být spouštěcím faktorem pro vznik mentální anorexie. (Krch 2005)

4.2 Psychologické faktory

Tělesná hmotnost významně ovlivňuje náladu a stupeň sebevědomí. Na začátku mentální anorexie je pacientka/pacient spokojená s poklesem váhy, je aktivní a neustále cvičí. Postupem času se mění v depresivní, podrážděnou a úzkostnou dívku. Vyhybá se přátelům a rodině, je sebekritická, egocentrická, vztahovačná a sebelítostná. Problémy se zdají neřešitelné a jediným vážným zájmem je její tělo. Na kritiku ohledně onemocnění reaguje přecitlivěle až hystericky.

V průběhu onemocnění vzrůstá potřeba sebekontroly. Pacientka/pacient stále uklízí své věci, rovná je, umývá nádobí, luxuje a vaří rodině. Během celého dne nad jídlem stále přemýšlí, ale chutě potlačuje. Klesá schopnost pozornosti, objevují se poruchy spánku, nenávisť sebe sama, časté konflikty, sociální izolace, nezájem o okolí a o sex.

Pacienti s mentální anorexií mají zájem o přípravu stravy a sbírají recepty na vaření, ale sami se jídlu vyhýbají. V pokročilém stádiu onemocnění jsou pacienti depresivní, vidí svět černobíle. Depresivní stavy, které prožívají, mohou vést k sebepoškozování až k suicidu. (Krch 2005)

4.3 Socio-kulturní faktory

Pomocí masmédií v dnešní moderní době ideál štíhlosti je hojně propagován. Médii je udáván trend, že štíhlost je prostředkem k úspěchu. Masmédia zkreslují reálný obraz těla a přispívají ke vzniku poruch příjmu potravy.

Reklamy, časopisy a rádia cíleně udávají návody a vzory na zdraví, krásu, štíhlost a vzbuzují naivní představu, že vše lze snadno dokázat a rychle zhubnout. Jako vzor krásy masmédia představují modelky, které jsou na hranici nebo i pod hranicí normální hmotnosti. Módní průmysl vychovává modelky k nízké tělesné hmotnosti, což může vést až ke kachexii.

V dnešní době se klade velký důraz na vzhled, sebekontrolu a úspěch. Kvůli vzhledu dochází často k nevhodným poznámkám od okolí, což v mnohých případech může vést až k šikaně. Masmédia označují obezitu jako nepřipustnou vlastnost.

Obezita je v moderní době spojována s leností, zdravotními komplikacemi, hloupostí a ošklivostí. Obézní ženy jsou ve společnosti vnímány negativněji oproti obézním mužům. Na ženy je vyvíjen tlak z masmédií. I mírná obezita je velmi kriticky hodnocena. Nespokojenost se svým vzhledem vede jedince k redukčním dietám nebo může vést až k poruchám příjmu potravy. Lidé se snaží identifikovat se vzory moderní společnosti.

Módní ideál ovlivňuje převážně dívky v pubescenci, kdy nejčastěji dochází ke vzniku mentální anorexie. V adolescentním věku se dívky mění v dospělé ženu. Změny zahrnují růst sekundárních pohlavních znaků, jako je růst prsou a mění se i proporce těla. Dívky jsou emočně labilní a velmi kritické ke svému vzhledu, v této době neakceptují změny ve vývoji. Drží redukční diety a stravují se racionálně.

V rodinách střední a vyšší vrstvy je větší riziko vzniku mentální anorexie. Tyto rodiny jsou zaměřené na úspěch, výkonnost, osobní individualitu a prestiž. Riziková povolání, kde nejčastěji dojde ke vzniku mentální anorexie jsou tanečnice, baletky a modelky. Rizikové prostředí vzniku mentální anorexie ve sportu je balet, plavání, krasobruslení a gymnastika. (Papežová 2000)

4.4 Rodinné faktory a genetika

Významným rizikovým faktorem je výskyt mentální anorexie u příbuzenstva ženského pohlaví. Mezi rizikové faktory uvnitř rodiny patří kritika rodinných příslušníků na příjem potravy, vzhled pacientky/pacienta a její tělesné hmotnosti. Matka je v období puberty ženským vzorem dívky, a proto citlivěji vnímá, jaký má matka postoj ke svému vzhledu, zda je či není spokojená a jaký životní styl propaguje. Rodina

vytváří základní představy o stravovacích a pohybových návycích. Je důležitá pro formování představ o vlastním vzhledu.

Vznik mentální anorexie může být příčinou vysoké kritičnosti a očekávání rodičů. Někdy i nedostatek péče a nezájem, rodinné konflikty a alkoholismus mohou být příčinou výskytu mentální anorexie.

Dysfunkční rodina může být dokonce jednou z hlavních příčin mentální anorexie. Při léčbě mentální anorexie je kladen důraz na řešení rodinných problémů. Děti z problematických rodin mají častěji psychosomatické potíže. Dysfunkční rodiny jsou charakterizovány jako nadměrně ochraňující, rigidní, bez emoční a nedostatečně řešící konflikty a problémy, které mají velký vliv na vývoj jedince. (Krch 2005)

5 Důsledky mentální anorexie

5.1 Kardiovaskulární komplikace

Pacienti s mentální anorexií trpí sinusovou bradykardií, kdy tep klesá pod 60 pulsů za minutu a klesá také krevní tlak pod 90/60 mmHg. Pokles krevního tlaku je způsoben dlouhodobým snížením objemu tělesných tekutin. Onemocnění způsobuje časté závratě s krátkodobou ztrátou vědomí.

Pacientka/pacient s mentální anorexií užívá ke snížení své tělesné hmotnosti diuretika a laxativa. Při dlouhodobém užívání laxativ dochází k narušení elektrolytové rovnováhy, která může způsobit srdeční arytmie až smrtelnou srdeční zástavu.

Náhlá srdeční zástava je způsobena srdečními arytmiemi, vzniklé poruchou elektrolytové rovnováhy a důsledkem podvýživy. Onemocnění způsobuje změny na EKG, tyto změny jsou reverzibilní a k úpravě dochází při doplnění důležitých živin a tělesných tekutin.

Mentální anorexie způsobuje změny v krevním obraze z důvodu ztráty tělesné hmotnosti. Onemocnění způsobuje též chudokrevnost. Mentální anorexie významně ovlivňuje srdeční sval, způsobuje poruchy funkce svalu a mitrální chlopně. Při léčbě mentální anorexie je velmi důležité EKG monitorovat a měřit krevní tlak ve stoje i vleže. (Krch 2005)

5.2 Renální komplikace

Mezi renální komplikace se řadí hypokálemie, hyponatremie, hypochlorémie a metabolická alkalóza. Tyto komplikace vznikají dehydratací organismu při mentální anorexii a způsobují poruchu elektrolytové rovnováhy. Nadměrné dávkování laxativ a zvracení vede ke ztrátě tělesné hmotnosti a dehydrataci.

Dehydratace organismu a špatné stravovací návyky jsou rizikovým faktorem pro vznik močových kamenů. Onemocnění způsobuje slabý močový měchýř, který způsobuje častý nutkavý pocit močení.

Při léčbě mentální anorexie může dojít ke vzniku mírných otoků končetin. Vysoké dávky laxativ způsobují těžké otoky, hypoproteinémií vedou až hypovolemickému šoku a srdečnímu selhání. Jde o stav ohrožující pacientku/pacienta na životě a je nezbytná hospitalizace a nitrožilní podání proteinů.

Dlouhodobé užívání laxativ je velmi návykové a nutí pacientku/pacienta dávky stále zvyšovat, aby došlo k požadovanému vyprázdnění, může vést až k chronickému selhání ledvin.

Pro léčbu mentální anorexie je důležité laboratorní vyšetření renálních funkcí, hladiny urey, kreatinu, elektrolytů, clearance kreatininu. Lékař musí sledovat příjem a výdej tekutin pacientky/pacienta, aby zhodnotil stav renálních funkcí. Cílem léčby renálních komplikací je doplnit nedostatek minerálů důležitých pro ledvinné funkce. (Krch 2005)

5.3 Gastrointestinální komplikace

Nejčastějším příznakem onemocnění v gastrointestinální oblasti je zduření příušních slinných žláz. Do této skupiny patří eroze zubní skloviny, záněty jícnu, jícnové eroze a žaludeční vředy, které se objevují působením žaludečních šťáv především u zvracejících anorektiček.

Konzumace menšího množství stravy vede ke zpomalení motility žaludku a vede k pocitům plnosti, které nemocní vnímají velmi negativně jako ukládání tukových zásob. Dalším příznakem je zácpa, která je vyvolána snížením příjmu stravy a užíváním projímadel. U kachektických pacientů s nedostatkem proteinů dochází k poruchám funkce jater až hepatomegalii. Nedostatek živin v přijímané stravě poškozuje játra, která

nejdou schopná vytvářet dostatek bílkovin. Nedostatek bílkovin vede k tvorbě otoků. Časté příznaky gastrointestinálních komplikací jsou stavy hypoglykémii. (Krch 2005)

5.4 Kosterní komplikace

Věk vzniku mentální anorexie je v této oblasti velmi důležitý. Pokud mentální anorexie vznikla v časném věku, jsou jedinci menšího vzrůstu oproti svým vrstevníkům. U pacientů s mentální anorexií v pubertálním a postpubertálním věku je velké riziko nedostatečné rezervy kostní hmoty. Toto období je pro růst kostní hmoty velmi důležité. Růst a vývoj kostí se zpomaluje, až se úplně zastaví v důsledku ztráty tělesné hmotnosti takového stupně, který vede ke ztrátě menstruačního cyklu.

Pacientky/pacienti s mentální anorexií trpí nedostatkem vitamínu D a tuků, odmítají mléčné výrobky a tučné produkty. Onemocnění způsobuje minerální denzitu kostí, osteomalacii a netraumatické zlomeniny. Rychlý úbytek kostní dřeně vede ke zvýšenému riziku patologických zlomenin. Kostí jsou odvápněné, tenké a křehké. Ztráta menstruačního cyklu má významný vliv na minerální denzitu kostí. Nedostatek estrogenu vede k úbytku tělesné tkáně, což se projevuje osteoporózou. Osteoporóza se může objevit u pacientek/pacientů s mentální anorexií do dvou let po začátku onemocnění.

Léčba osteoporózy je zaměřená substitucí estrogenů nebo gestagenů. Úbytek kostní hmoty se upraví, když dojde k úpravě tělesné hmotnosti a obnově menstruačního cyklu. Podpůrný a ochranný vliv na kostní denzitu má přiměřené cvičení. Při léčbě mentální anorexie je důležité dodávat organismu kalcium pro vývoj kostí. Základním principem léčby mentální anorexie je obnovení menstruačního cyklu a zvýšení tělesné hmotnosti. (Krch 2005)

5.5 Endokrinní komplikace

*"Endokrinní abnormality jsou charakteristickým rysem mentální anorexie. Vedoucím příznakem je amenorea, která se objevuje při ztrátě více než 15 % optimální tělesné hmotnosti, když obsah tělesné hmotnosti, když obsah tělesného tuku klesne pod úroveň kritickou pro daného jedince (Sharp a Freeman, 1993)."*¹⁰

¹⁰KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2.vyd. Praha: Grada, 2005. 255 s. Zdravotní komplikace mentální anorexie a bulimie a jejich léčba. s. 98. ISBN 80-247-0840-X.

Ztráta menstruačního cyklu může být i před ztrátou tělesné hmotnosti. Průběh mentální anorexie mohou provázet nepravidelnosti menstruačního cyklu. I při úpravě tělesné hmotnosti může určitou dobu amenorea přetrvávat.

Mentální anorexie způsobuje hypogonadismus s nízkým výdejem LH a FSH, který vede k nízké produkci estrogenů z vaječníku. Tělesná hmotnost má zásadní vliv na produkci a aktivitu pohlavních hormonů. Při poklesu tělesné hmotnosti aktivita pohlavních hormonů klesá. Pacientka nemůže otěhotnět v důsledku nízké produkce estrogenů způsobené podvýživou. Snižuje se hladina tyroxinu produkovaného štítnou žlázou. U mentální anorexie je diagnostikována zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu v plazmě. Pro obnovení endokrinních funkcí je důležité nejen zvýšení své tělesné hmotnosti, ale i dobrý psychický stav pacienta. (Krch 2005)

5.6 Hematologické komplikace

Vznikem mentální anorexie dochází ke změnám v krevním obraze a kostní dřeni, která je důležitá pro krve tvorbu. Úbytek tělesné hmotnosti může vést ke vzniku normochromní normocytární anémie, kdy hemoglobin klesá pod hodnotu 80 g/l. Mezi hematologické komplikace patří snížená sedimentace erytrocytů, leukopenie. Při diagnostice mentální anorexie je důležité hematologické vyšetření krevního obrazu. V průběhu léčby mentální anorexie dochází k úpravě všech změn v krevním obraze. (Krch 2005)

5.7 Neurologické komplikace

Porucha vnitřního prostředí vzniklá opakovaným zvracením, chronickým užíváním projímadel, diuretik může způsobit generalizované tonicko-klonické křeče, které vážně ohrožují pacienta na životě. Dále způsobují stavy zmatenosti, svalové slabosti, tetanie, zvýšení šlachových reflexů. Na EEG lze tyto příznaky někdy prokázat. Neurologické komplikace u mentální anorexie zahrnují bolesti hlavy, křeče, omdlévání, dvojité vidění a mohou se objevit též poruchy hybnosti. Tyto příznaky se objevují pouze ojediněle a po léčbě odeznívají. (Krch 2005)

5.8 Metabolické komplikace

Mentální anorexie postihuje termoregulační centrum v hypotalamu. Pacienti zvýšeně reagují na chlad a hrozí riziko podchlazení. Onemocnění způsobuje poruchu metabolismus glukózy, což lze prokázat testem glukózové tolerance s pozitivním

výsledkem na diabetes. Dalším příznakem je porucha metabolismu kalcia, který se vstřebává méně a zvýšeně se vylučuje močí. Kalcium je velmi důležité pro růst a vývoj kostí a jeho nedostatek způsobuje zpomalení růstu kostí.

U podvýživy způsobené mentální anorexií je typickým příznakem zpomalení bazálního metabolismu a laboratorní nález zvýšené hladiny cholesterolu v krvi. Nemocní často trpí poruchou spánku, která je spojená s úbytkem na váze. Spánek u pacientů s mentální anorexií je mělký doprovázený časným nočním buzením. Spánek může být provázen děsivými sny a délka spánku se zkracuje. Při zvýšení tělesné hmotnosti dochází k velkému zlepšení v oblasti spánku. Pacienti s mentální anorexií přehnaně reagují na světlo a zvuky. (Krch 2005)

5.9 Dermatologické komplikace

Mezi dermatologické komplikace mentální anorexie patří suchá nažloutlá kůže, praskající pleť, zvýšený růst ochlupení po celém těle, suché řídké vlasy, které vypadávají. Jemné lanugo roste na obličeji, končetinách a trupu pacientů. Tyto příznaky jsou důsledkem chronické podvýživy, kdy organismu chybí z jednostranné výživy některé složky potravy, jako jsou základní živiny, minerály a vitamíny. Hematomy, purpura a odřeniny na hřbetech rukou se objevují z důvodu záměrně vyvolaného zvracení. Nažloutlá kůže může být následkem zvýšeného příjmu karotenu a vitamínu A nebo poruchou metabolismu vitamínu A. Na těle se mohou objevit různé vyrážky, způsobené chronickým užíváním léků ke snížení tělesné hmotnosti. (Krch 2005)

5.10 Psychiatrické komplikace

Mentální anorexie je velmi závažné onemocnění, které je spojené s tělesným i psychickým utrpením z dlouhodobé podvýživy. Nálada pacientek s mentální anorexií je velmi proměnlivá a je závislá na sebekontrolě nemocného. Pacienti jsou často agresivní, úzkostní až depresivní. Na určité podněty reagují přecitlivěle až hystericky, jako je např. příjem stravy, kdy nemocný sedí s rodinou u stolu a je pod dohledem.

U mentální anorexie jsou charakteristické depresivní stavy, které léčbu komplikují. Depresivní symptomy jsou sekundárním následkem onemocnění. Deprese jsou pak nejčastěji spojovány nejčastěji s pocitem hladu. Depresivní příznaky zahrnují úbytek na váze jedince, poruchu v sexuálním životě, ztrátu libida, poruchu spánku, nezáměr o společenskou interakci, neschopnost se soustředit, smutek, pláčivost, snížené

sebevědomí, váhavost, nerozhodnost, pesimismus, izolace, tyto problémy se zdají být neřešitelné.

Myšlenky u pacientů s mentální anorexií jsou ovládané pouze představami o jídle a sebekontrola nad příjmem stravy. U deprese je velké riziko sebevražděného jednání. Hladovění je rizikovým faktorem pro suicidium. Sebevražedné chování může vzniknout donucením pacienta k léčbě. Léčba mentální anorexie zahrnuje medikaci antidepresiv. (Krch 2005)

6 Terapie mentální anorexie

Léčba mentální anorexie je komplexně zaměřena na přístup, který se zabývá a zohledňuje biologické, psychické a sociální potřeby pacienta. Typ léčby mentální anorexie je indikován v závislosti na zdravotním stavu a stupni závažnosti onemocnění. Při prvním kontaktu zdravotníka s nemocným je důležitá diagnostika onemocnění a zhodnocení kritéria pro hospitalizaci. Léčebná terapie může být vedena jako ambulantní léčba nebo pokud pacient splňuje daná kritéria je navrhována léčba hospitalizační.

Důležitou částí léčebného režimu jsou psychoterapeutické přístupy a metody. Při léčbě mentální anorexie má zásadní význam spolupráce s rodinou, která pomáhá zvládat onemocnění. Rodiče by měli být dobře informováni o daném onemocnění a měli by respektovat všechny nařízení a pravidla týkající se léčby /týká se nezletilých jedinců/.

Informace o průběhu onemocnění jsou poskytnuty dalším lékařem vysvětlením a odkazem na odbornou literaturu. Informovanost rodiny je důležitým bodem léčby, protože pomáhá rodinným příslušníkům odstranit pocit viny za vznik onemocnění. Pokud jsou rodiče rozvedení, je důležitá spolupráce obou rodičů a sjednocení názoru.

Cíle léčby mentální anorexie:

- Návrat k normální tělesné hmotnosti.
- Navození normálních stravovacích návyků.
- Odstranění tělesných komplikací z podvýživy.
- Obnova reprodukčního cyklu (ovulace).

- Léčba sekundárního onemocnění (deprese).
- Udržení normální tělesné hmotnosti.
- Podpora a spolupráce rodiny.
- Naučit se mít rád své tělo a následně i sebe sama.
- Zábava recidivy a relapsu.

6.1 Nejčastěji užívaná léčba kombinovaná tedy ambulantní a hospitalizace

Hospitalizace je indikována v případě, kdy pacientka/pacient s diagnózou mentální anorexie splňuje daná kritéria k hospitalizaci. Hospitalizace je důležitá pro stabilizaci zdravotního stavu pacienta a jeho monitorování. Pro hospitalizaci je nezbytný souhlas pacienta nebo zákonného zástupce a aktivní přístup pacientky/pacienta k léčbě. Hospitalizační léčba se zaměřuje nejen na fyzickou stránku ale i na psychickou oblast pacienta.

Cílem léčby mentální anorexie je odstranění patologických stravovacích návyků a harmonizace psychiky jedince. Tato léčba je indikována v případě, kdy psychologická léčba byla negativní, nebo se objevily komplikace, které bezprostředně ohrožují pacientku/pacienta na životě. Při poruše metabolismu a nebezpečí selhání základních životních funkcí je pacient hospitalizován na metabolické jednotce.

Na začátku hospitalizační léčby je nutné zhodnotit stav výživy a hydratace. Při zjištění podvýživy lékař indikuje infuzní terapii. Na psychiatrickém oddělení se pacienti účastní léčebného, stravovacího, společenského a pracovnímu režimu. Při vstupu na oddělení jsou pacienti a rodinní příslušníci informováni o režimu na oddělení a zdravotnický personál prohledá pacientovi osobní věci. Pacientům na psychiatrickém oddělení je zakázáno mít u sebe ostré předměty a léky, které by mohlo být použity na poškození sebe, případně by mohlo dojít k suicidu. V případě, že se najdou u pacientů ostré předměty, ukládá sestra tyto předměty do zamčené skříně na sesterně. Při příjmu sestra provede dále antropometrické vyšetření, kde zhodnotí váhu, výšku a objem paže. Lékař dle antropometrického měření určí váhový plán. Při správném postupu léčebného režimu a přírůstku na váze jsou pacientovi povoleny zprvu vycházky na zahradu pak

celodenní propustky a v poslední fázi léčby propustky na víkend domů. Při celodenní propustce se musí pacient vrátit na hlavní jídlo jako je oběd a večeře na psychiatrické oddělení. Kontrola tělesné hmotnosti se provádí 2 krát týdně, v náhodnou dobu, aby pacientka/pacient nepodváděl při vážení. Za vhodný příbytek na váze se pokládá 0,5 - 1 kg týdně. Při léčbě mentální anorexie je důležitá spolupráce rodiny. Důležité je edukace rodiny o správných stravovacích návycích. Rodina je informována, že může přinést pacientovi různé druhy minerálních vod, ovocné džusy. Pacientka/pacient však nesmí přijímat kofeinové nápoje jako je káva, Coca - Cola a kofola. O vhodné stravě pro pacienta rozhoduje ošetřující lékař ve spolupráci s nutričním terapeutem. Na oddělení si pacient nesmí přinést vlastní potraviny. Strava se podává na oddělení šestkrát denně a zahrnuje snídani, svačinu, oběd, svačinu, večeři a druhou večeři. Při konzumaci stravy je určen časový limit, který je pro snídani 15 min., svačinu 10 min., oběd 25 min. a večeři 15 min. Lékař ordinuje pacientovi s diagnózou mentální anorexie dietu č. 11 - výživnou dietu. Výživná dieta obsahuje 12 000 KJ na jeden den. Cílem této diety je zvýšení tělesné hmotnosti a získání tělesných sil. Pacienti mají možnost výběru ze dvou hlavních jídel. Do jídla se pacient nikdy nenutí, ale je vždy přítomna sestra, která pacienty kontroluje, aby nedošlo k manipulaci s jídlem. Sestra kontroluje porce a dobu určenou pro jídlo. Pro mentální anorexie je charakteristické příjem malých porcí jídla, které jsou v ústech dlouho rozžvýkávány. Na začátku léčby lékař ordinuje ¼ porce postupně porce poloviční až se porce zvýší na celé. Po jídle jsou na oddělení zamknuty toalety. Pacienti musí po jídle nejméně půl hodiny odpočívat na svých pokojích. Tento režim má zabránit, aby nedošlo k nekontrolovatelnému úbytku na váze a aby jídlo nebylo vyzvraceno. Po uplynutí této doby může pacient jít do hrací místnosti nebo se účastnit různých terapií jako je např. kanisterapie, muzikoterapie, ergoterapie, relaxační metody a arteterapie. Sestra zapisuje příjem stravy dle pokynů ordinace lékaře. V případě úspěšné hospitalizace je pacient propuštěn z hospitalizační péče do domácího prostředí. Pacientka/pacient je informován, že by měl dále pokračovat v léčbě a pravidelně navštěvovat psychiatrickou ambulanci.

Indikační kritéria pro hospitalizaci

1. *„Nezbytnost návratu k normální hmotnosti nebo přerušení trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých pacientů.“*
2. *„Přerušení záchvatů přejídání, zvracení či zneužívání laxativ v případě, kdy jsou spojeny s vážnými somatickými komplikacemi nebo kdy představují vážné zdravotní ohrožení.“*
3. *„Zhodnocení a léčba jiných potenciálně vážných zdravotních obtíží.“*
4. *„Léčba některých přidružených stavů, jako je těžká deprese, riziko sebepoškození nebo zneužívání psychoaktivních látek.“¹¹*

Pro pacientku/pacienta je mnohdy cizí prostředí značně stresující. Výhodnějším postupem léčby mentální anorexie jsou denní stacionáře nebo péče ambulantní. V denních stacionářích se uskutečňují terapeutické programy, aniž by pacient musel být hospitalizován.

Hospitalizační léčba je ekonomicky velmi nákladná a je indikována jen v těch nejnutnějších případech. Nemocniční péče se zaměřuje zejména na přírůstek váhy, stravovací návyky a somatické potíže nemocného. Při léčbě je důležitá týmová spolupráce psychiatra, psychologa, gynekologa, endokrinologa a celého zdravotnického týmu.

6.2 Ambulantní lékařská péče

Ambulantní péče je vhodná nejen pro pacienty chronické, kteří prošli různými typy léčby, žádná z nich však nebyla úspěšná tak i pro pacienty, kteří nechtějí být hospitalizováni. Cílem léčby je stabilizace pacienta jak v somatické tak psychické oblasti. Pacientka/pacient při ambulantní péči může využít individuální nebo

¹¹KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2.vyd. Praha: Grada, 2005. 255 s. Přehled léčby poruch příjmu potravy. 125 str. ISBN 80-247-0840-X.

skupinovou psychoterapii. Skupinová terapie může mít pozitivní vliv na léčbu. Pacienti si navzájem sdělují své problémy a uvědomují si, že nejsou sami s tímto problémem. Ambulantní lékař by měl pravidelně kontrolovat tělesnou hmotnost pacienta, sledovat BMI, pravidelně provádět kontrolní odběry na minerály a elektrolyty. (Krch 2005)

6.3 Rodinná psychoterapie

Systém rodinné psychoterapie a práce s rodinou je součástí léčby mentální anorexie u mladých pacientů, kteří stále žijí v nukleární rodině nebo jsou v úzkém kontaktu a jsou velmi důležití v životě dítěte. Pokud jsou v rodině starších pacientů výraznější konflikty, je indikovaná jako vhodná doplňková léčba i zde rodinná psychoterapie.

Tato metoda má podpůrný vliv na léčbu mentální anorexie. Rodina je rizikovým faktorem pro vznik mentální anorexie, která současně rozvrací rodinné vztahy. V rodinách pacientů dochází často ke konfliktům a sebeobviňování. Cílem rodinné psychoterapie je vysvětlit rodině vše potřebné, aby se z onemocnění neobviňovali. Rodiny pacientů jsou často dysfunkční v mnoha ohledech. U mladých pacientů je velmi důležitá rodinná psychoterapie.

Cílem rodinné psychoterapie je odstranit konflikty a zlepšit vztahy v rodině. Rodinná psychoterapie je jednou z metod léčby mentální anorexie a lze ji kombinovat s jinými psychoterapeutickými metodami. Rodinná psychoterapie zahrnuje cíleně rodiče informovat o způsobu chování k vlastnímu dítěti při mentální anorexii a radí jim, jak dítě při léčbě podpořit. (Krch 2005)

6.4 Kognitivně-behaviorální terapie

Tato terapie je velmi úspěšnou metodou léčby. Za cíl si klade zvýšení tělesné hmotnosti podmíněné ziskem a změnu myšlenkového procesu. Tato terapie má cíleně oslabit nadměrný zájem o vlastní vzhled, váhu a omezit redukční diety. Přírůstek na váze by měl být pozvolný. Pokud vzroste křivka tělesné hmotnosti příliš rychle, může dojít jak k psychickým tak i tělesným komplikacím. Pokud pacientka/pacient přibere na váze, je mu dovoleno jít na zahradu s ostatními a posléze na propustku domů.

Tato metoda vychází z předpokladu, že chování pacientky/pacienta je pouze naučeným vzorcem chování, proto se dá změnit. Před každým začátkem této léčby musí lékař nemocného vyšetřit. Lékař informuje pacientku/pacienta, jak léčba bude probíhat,

jaký je cíl léčby a při této léčbě udržuje kontakt s rodinou pacienta. V této terapii je nezbytná změna patologického náhledu na stravování.

V kognitivně-behaviorální terapii je důležitý pozitivní vztah mezi terapeutem a pacientem. Účelem je sdělování pacientových emocí a změn projevů chování, prožívání a změny jídelních návyků. Důležité při této léčbě je, aby pacient akceptoval, že přírůstek na váze je nezbytný.

Mentální anorexie je onemocnění, které záměrně zkresluje vnímání vlastního těla a celého já. Hlavním příznakem mentální anorexie je patologická štíhlost, která je nejdůležitější v životě nemocného. Všechny pacientky/pacienti s mentální anorexií se vnímají jako tlusté i přes nízkou tělesnou hmotnost až kachexii. Pacientky/pacienti se podceňují, neakceptují vlastní vzhled a izolují se od okolí. Pokud dojde u pacientky /pacienta k pozitivnímu posunu při léčbě v oblasti emocionální a somatické, může být indikována ambulantní péče. (Kocourková 1997)

6.5 Interpersonální terapie

Interpersonální terapie není zaměřena na primární léčbu mentální anorexie. Tato terapie je účelně využívána jako léčebná metoda mentální anorexie a zahrnuje tři fáze léčby.

Cíl léčby musí být stanoven vždy na začátku terapie. V první fázi léčby je nutné seznámit se s příčinami a problémy, které vedly k problému se stravováním. Druhá fáze léčby zahrnuje dohodu terapeuta a pacienta na spolupráci a pozitivním přístupu a snaze vyléčit se. Důvodem této terapie je navození změny v oblasti psychické, emocionální a změny v chování. Mladší pacienti přicházejí s očekáváním, že jim bude poskytnuta pomoc. Terapeut se snaží o podporu při vyjadřování pocitů dítěte a informuje o dovořeném chování.

V léčbě je důležitá veškerá důvěra pacientky/pacienta k terapeutovi, jistota že věci, o kterých budou diskutovat, budou důvěrné. První výjimka se vztahuje pouze na nezákonné činnosti, které je povinnost hlásit. Druhá výjimka se vztahuje na sebevražedné jednání. Tyto skutečnosti musí terapeut bezprostředně hlásit rodině pacienta /pokud je nezletilý/. Poslední fáze léčby je ukončena otázkami týkajícími se léčby a zhodnocení dosažených cílů.

Účinek interpersonální terapie je porovnatelný s účinkem kognitivně – behaviorální terapie, kdy kognitivně behaviorální terapie účinkuje rychleji. Interpersonální terapie je indikována v případě, kdy jedinec v počáteční fázi léčby nereaguje na kognitivně behaviorální terapii nebo pokud se projeví příznaky interpersonálních konfliktů. (Krch 2005)

6.6 Svépomocné skupiny

Tato terapie je velmi účinná a podpůrná pro pacienty se stejným cílem a problémy. Vzájemně se spoléhají na pomoc druhých, kteří se stejným problémem sejdou a navzájem si dané problémy pomáhají řešit. Této terapie se účastní většinou nemocní, obávající se hospitalizace nebo ti, kteří chtějí ušetřit náklady týkající se léčby.

Každý nemocný se v této skupině svěří se svým problémem a ostatní mu pomáhají tento problém řešit. Zde nemocní zjistí, že v této problematice nejsou sami a získávají nové sociální kontakty. Tato terapie je dobrovolná a nezisková. Vedoucím skupiny není profesionální terapeut, ale je to tzv. „laický terapeut“ často vyléčená pacientka/pacient, který chce pomoci ostatním.

Svépomocná skupina je nabízena jak při ambulantní péči nebo po propuštění z hospitalizace. V některých případech může tato skupina dát první impuls pacientce /pacientovi, aby se začal léčit a bojoval s nemocí. Svépomocné skupiny nabízejí jídelní skupiny. Jídelní skupiny jsou vhodné pouze pro pacienty, kteří jsou v druhé fázi léčby. Pro pacienty v první fázi léčby, by jídelní skupiny mohly být stresovým faktorem. Svépomocné skupiny se dle možností setkávají každý týden jednou někde i dvakrát, vždy ve stejnou dobu a na stejném místě. Svépomocné skupiny mají i své internetové adresy, kde nabízejí kontakty a přehled svých center, dále nabízejí informační linku a dny, kdy probíhají svépomocné skupiny. Svépomocná centra nabízejí i odbornou pomoc a rady nemocným. (Krch 2005)

6.7 Léčba gynekologická

Léčba gynekologických obtíží je zásadní pro léčbu mentální anorexie. Absence menstruačního cyklu může vést k osteoporóze. Pokud menstruace chybí několik měsíců, je doporučována substituční léčba hormonů. Při substituci hormonů i přes nízkou tělesnou hmotnost dojde k obnovení menstruačního cyklu. Léčba mentální

anorexie je velmi složitá a hlavním nenahraditelným léčebným postupem je psychoterapeutická péče a režimová opatření. (Krch 2005)

7 Farmakoterapie

Farmakoterapie poruch příjmu potravy má především tyto úkoly

1. *„Regulace příjmu jídla a úprava tělesných hmotností.“*
2. *„Zaměření na léčbu komorbidních psychických poruch, především na deprese.“*
3. *„Odstranění somatických potíží zapříčiněných poruchami příjmu potravy.“¹²*

Medikamentózní léčba mentální anorexie zahrnuje symptomatickou medikaci, která léčí pouze příznaky onemocnění. Při léčbě mentální anorexie se nejčastěji užívají antidepresiva a neuroleptika. Léčba psychofarmaky je velmi důležitá v diagnóze mentální anorexie. Léky na léčbu mentální anorexii příznaky pouze zmírní nebo ovlivní, ale neléčí onemocnění.

V léčbě mentální anorexie se užívají léky na léčbu deprese, úzkosti, podrážděnosti, léčiva k nutriční výživě při kachexii a léky k úpravě menstruačního cyklu. U pacientů s mentální anorexií dochází často k mylným představám, že užívané léky přispívají ke zvýšení tělesné hmotnosti, proto většina pacientů může léky odmítat. Při medikaci je nutné, aby ošetřující lékař vysvětlil pacientovi, jak lék působí a jaký má účinek. Farmakologická léčba ovlivňuje problémy v oblasti psychiky. Nejčastějším sekundárním příznakem onemocnění jsou deprese, které mohou vést až k sebevražednému jednání. K léčbě deprese se užívají antidepresiva, které tlumí depresivní stavy. Mezi psychické poruchy patří úzkost, napětí, neklid, nutkání a negativní přístup. K léčbě je užívána antidepresiva a neuroleptika, viz. výše. Léčba mentální anorexie by měla zahrnovat nejen medikamentózní léčbu ale i další možnosti psychoterapeutické péče. V dnešní době se neužívají anxiolytika z důvodu lékové závislosti. (Krch 2005)

¹²KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2.vyd. Praha: Grada, 2005. 255 s. Farmakoterapie poruch příjmu potravy. 151 s. ISBN 80-247-0840-X

7.1 Léčiva užívaná k výživě organismu při kachexii

Jde o léky, které se indikují v případech, kdy nemocní trpí výraznou kachexií. Mezi medikamenty na podporu organismu patří vitamíny (A, B, B12). Při těžké podvýživě se výživa a léky podávají v parenterální formě. Při léčbě je důležité doplnění hladiny minerálů, které se během onemocnění se snížily na kritickou hranici. Při rozvratu metabolismu je nezbytné doplnit vápník, sodík, magnézium a zinek v perorální formě. Lékař se snaží ordinovat pacientovi takovou dietu, která mu nejpřirozenější formou poskytne dostatek minerálů. (Krch 2005)

.

Empirická část

8 Metodika výzkumného šetření

8.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit výsledky při léčbě a úspěšnost léčby mentální anorexie, jak se pacienti vnímají po léčbě mentální anorexie a objasnit nejčastější příčinu vzniku mentální anorexie.

8.2 Formulace hypotéz

Hypotéza číslo 1. Předpokládám, že rodinná opora může urychlit léčbu a minimalizovat důsledky mentální anorexie.

Hypotéza číslo 2. Předpokládám, že dysfunkční rodina zhoršuje léčbu mentální anorexie.

8.3 Volba a charakteristika metody

Pro získání potřebných dat ke zpracování empirické části bakalářské práce jsme zvolili kvantitativní metodu, dotazník. Dotazník se skládá ze série otázek, jejichž cílem je získat názory a fakta od respondentů.

V úvodu dotazníku jsme respondenty oslovili, představili se a seznámili je s cílem dotazníku k bakalářské práci. Po seznámení s respondenty jsme stručně vysvětlili návod k vyplnění dotazníku. Dotazník obsahuje 19 otázek, z nichž 16 otázek je uzavřeného typu a 3 otázky otevřeného typu. V otázkách číslu 13 a 14 je otevřená odpověď. V otázce číslo 15 je nakreslit postavu, jak se momentálně vnímají pacienti s mentální anorexií. Při vyplnění dotazníku byla možná u většiny otázek pouze jedna správná odpověď.

8.4 Výběr respondentů a charakteristika vzorku respondentů

Dotazník byl určen pacientům, kteří se léčí s diagnózou mentální anorexie nebo pacientům po léčbě. K realizaci výzkumu jsme si vybrali psychiatrické ambulance, střediska psychoterapeutických služeb, centra pro poruchy příjmu potravy a respondenty po léčbě mentální anorexie (ve všech případech šlo o pacienty z Prahy). Dotazník byl předán do rukou psychiatrů a psychoterapeutů, kteří zadali dotazník

k dobrovolnému vyplnění pacientům s diagnózou mentální anorexie. Pacienti byli informováni o anonymnosti a dobrovolnosti vyplnění dotazníku a účelnosti jeho vyplnění, viz výše. Z celkového počtu 120 rozdaných dotazníků se nám vrátilo 51, tedy téměř 43%. Pro správnou orientaci ve vyhodnocení dotazníků počítáme 51 dotazníků jako 100%.

8.5 Organizace výzkumu, zpracování získaných informací

Dotazník jsme začali vypracovávat v říjnu a listopadu 2011. Po schválení byl dotazník roznesen mezi respondenty, v průběhu únoru až dubna 2012. Tzv. „předvýzkum“ proběhl prvotním vyplněním dotazníku jedním respondentem, za účelem zjištění formy vyplnění a srozumitelnosti pro další respondenty.

Data byla vyhodnocena. Ze získaných dat jsme vypočítali absolutní a relativní četnost a vše jsme zaznamenali do tabulek. Ke každé otázce je připojen graf a tabulka za účelem zvýšení její přehlednost. Pro vytvoření grafů jsme použili Microsoft Excel. Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří odpovídali stejnou odpovědí. Relativní četnost udává četnost jednotlivých odpovědí ve statistickém souboru dělená rozsahem souboru.

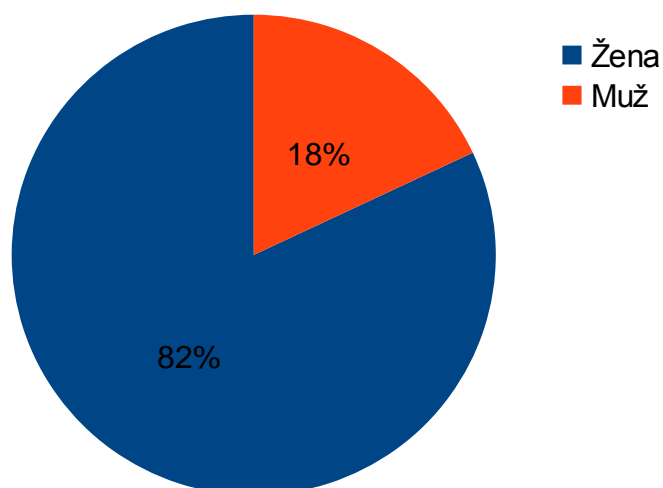
9 Analýza výsledků zjištěných dotazníkovým šetření

Otázka číslo 1. Pohlaví?

Tabulka číslo 1. Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	42	82%
Muž	9	18%

Pohlaví respondentů



Graf 1 Poměr respondentů dle pohlaví

Komentář

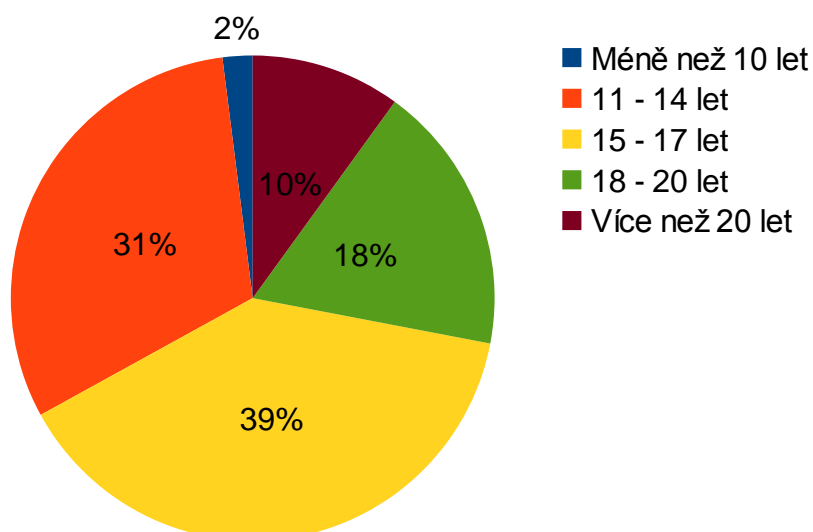
Tato statická otázka směřuje na zjištění pohlaví respondentů. Výsledek ukázal, že z celkového počtu 51 respondentů bylo 18 %, tedy 9 respondentů mužského pohlaví a 82 %, tedy 42 respondentů ženského pohlaví. Vysoké zastoupení ženského pohlaví odpovídá vyšší pravděpodobnosti výskytu mentální anorexie u žen.

Otázka č. 2: Věk propuknutí mentální anorexie?

Tab. 2 Věk propuknutí mentální anorexie

Věk propuknutí mentální anorexie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 10 let	1	2%
11 – 14 let	16	31%
15 – 17 let	20	39%
18 – 20 let	9	18%
Více než 20 let	5	10%

Věk propuknutí mentální anorexie



Graf 2 Rozdělení mentální anorexie dle věku propuknutí

Komentář

Otázka rozdělení dle věku propuknutí onemocnění přehledně rozděluje respondenty do několika věkových kategorií. 20 respondentů, tedy 39 % uvedlo, že mentální anorexie u nich propukla v 15 – 17 letech. Na druhém místě se ukázalo, že (31 %) 16 respondentů uvedlo, že mentální anorexie u nich propukla mezi 11 – 14 rokem života. 9 respondentů, tedy 18 % uvedlo, že mentální anorexie u nich vznikla mezi 18 – 20 rokem. Do věkové skupiny více než 20 let, kdy propukla mentální anorexie, spadá 5 tedy 10 % respondentů. 1 respondent, tedy 2 % odpověděl, že mentální anorexie propukla ve věku pod 10 let. Z vyhodnocení vyplývá, že mentální anorexie vzniká nejčastěji v adolescentním věku.

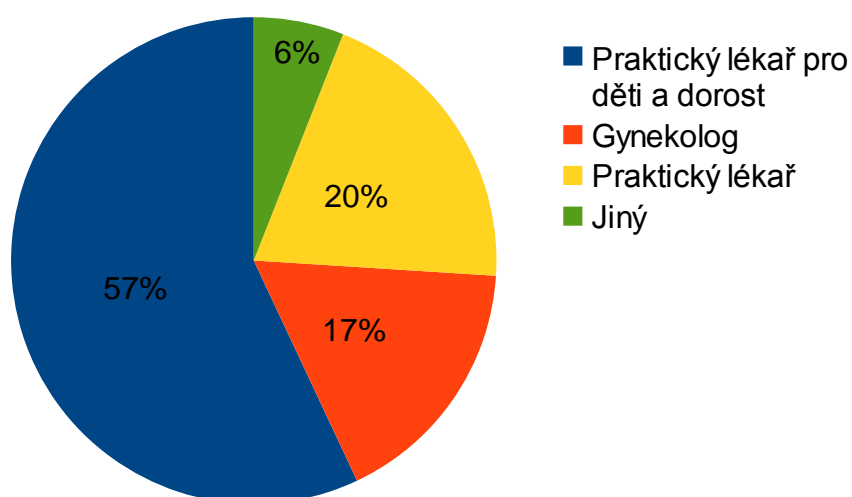
Otázka č. 3: Jakým lékařem byla mentální anorexie poprvé zjištěna?

Tab. 3 Lékař, který objevil MA

Lékař	Absolutní četnost	Relativní četnost
Praktický lékař pro děti a dorost	29	57%
Gynekolog	9	17%
Praktický lékař	10	20%
Jiný	3	6%

Jiný je 3x psycholog

Lékař, který objevil mentální anorexii



Graf 3 Objevení mentální anorexie lékařem

Komentář

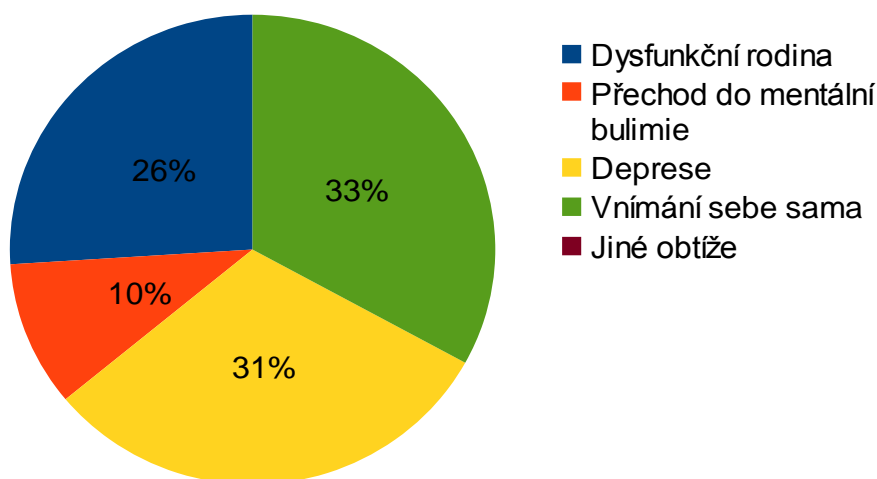
Tato otázka se zaměřuje na rozdělení respondentů dle lékaře, který mentální anorexii objevil. Z celkového počtu 51 respondentů byla mentální anorexie zjištěna praktickým lékařem pro děti a dorost, a to u 29 (57 %) respondentů. Praktickým lékařem byla zjištěna mentální anorexie u 10 (20 %) respondentů. Dále se ukazuje, že u 9 respondentů, tedy 17 % byla zjištěna mentální anorexie gynekologem a u 3 respondentů, tedy 6% byla zjištěna jiným lékařem (psychologem). Tato skutečnost hraje důležitou roli při diagnostice a léčbě mentální anorexie.

Otázka č. 4: Co se dle Vašeho názoru podílí na obtíži v léčbě?

Tab. 4 Rozdělení obtíží v léčbě

Obtíže v léčbě	Absolutní četnost	Relativní četnost	Kumulovaná absolutní četnost	Kumulovaná relativní četnost
Dysfunkční rodina	13	26%	13	26%
Přechod do mentální bulimie	5	10%	18	36%
Deprese	16	31%	34	67%
Vnímání sebe sama	17	33%	51	100%
Jiné obtíže	0	0%	51	100%

Obtíže v léčbě



Graf 4 Rozdělení obtíží podílející se na léčbě

Komentář

Z vyhodnoceného dotazníku vyplývá, že největší obtíží léčby mentální anorexie je vnímání sebe sama, a to 17 (33 %) respondentů. Na druhém místě je 16, tedy 31 % respondentů s depresemi, které mají negativní vliv při léčbě. Dále se na obtíži v léčbě mentální anorexie projevuje dysfunkční rodina u 13 (26 %) dotazovaných a u 5 (10 %) respondentů byl přechod do mentální bulimie obtíží podílející se na léčbě mentální anorexie. Výsledek ukazuje, že mezi největší obtíže léčby mentální anorexie patří vnímání sebe sama a deprese. Méně častou obtíží je přechod do mentální bulimie, která léčbu prodlužuje a zároveň komplikuje. Je zřejmé, že léčba mentální anorexie je pro každého jedince zcela individuální a je nutné vyvarovat se obtížím, které léčbu komplikují.

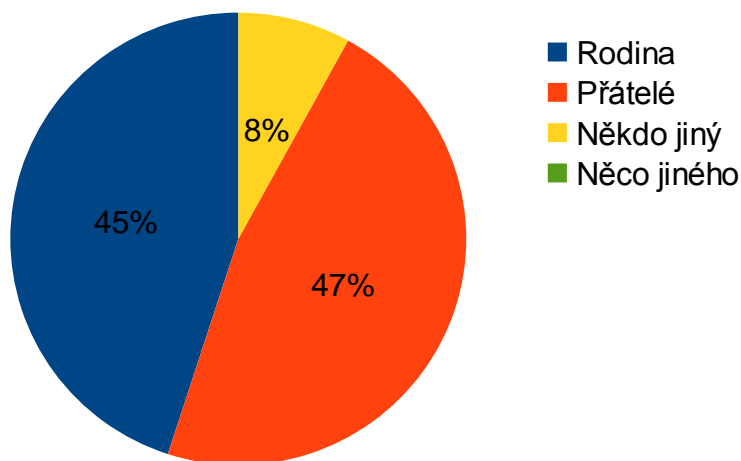
Otázka č. 5: Kdo Vám pomohl při léčbě mentální anorexie?

Tab. 5 Pomoc při léčbě mentální anorexie

Pomoc při léčbě	Absolutní četnost	Relativní četnost	Kumulovaná absolutní četnost	Kumulovaná relativní četnost
Rodina	23	45%	23	45%
Přátelé	24	47%	47	92%
Někdo jiný	4	8%	51	100%
Něco jiného	0	0%	51	100%

Někdo jiný je 2x přítel, 1x psycholog a přítel a 1x nevyplněno

Pomoc při léčbě



Graf 5 Pomoc při léčbě mentální anorexie

Komentář

Výsledky ukazují, že největší pomoc při léčbě mentální anorexie poskytli přátelé, a to u 24 (47 %) respondentů. Na druhém místě 23 (45 %) respondentů odpovědělo, že při léčbě mentální anorexie jim byla největší oporou rodina. Na otázku zda při léčbě jedinci s mentální anorexií pomohl někdo jiný, odpovědělo 8 % respondentů, tedy 4, že jejich podporou v léčbě byl psycholog a přítel. Žádný z respondentů nepoužil formu odpovědi, že by při léčbě mentální anorexie pomohlo něco jiného. Mentální anorexie je velmi závažné onemocnění, které vyžaduje spolupráci samotného pacienta. Pacient by měl mít podporu ze strany rodiny i přátel, aby měl větší motivaci se uzdravit. Pokud rodina selže, nejeví zájem o zdraví jedince nebo není pacient podporován ani ze strany

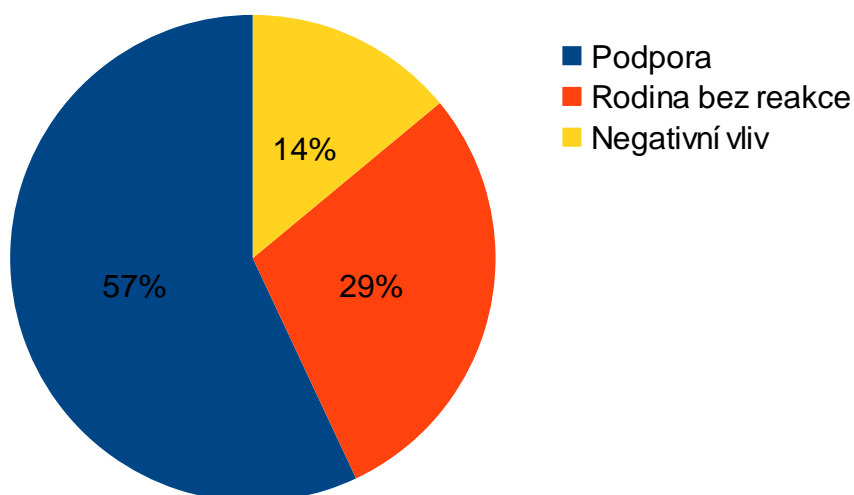
přátel, to vše komplikuje léčbu mentální anorexie. Pacient by měl vědět, že není v nemoci sám a že má podporu buď ze strany přátel či rodiny.

Otázka č. 6: Přístup rodiny při onemocnění mentální anorexií?

Tab. 6 Přístup rodiny

Přístup rodiny	Absolutní četnost	Relativní četnost	Kumulovaná absolutní četnost	Kumulovaná relativní četnost
Podpora	29	57%	29	57%
Rodina bez reakce	15	29%	44	86%
Negativní vliv	7	14%	51	100%

Přístup rodiny



Graf 6 Přístup rodiny při onemocnění

Komentář

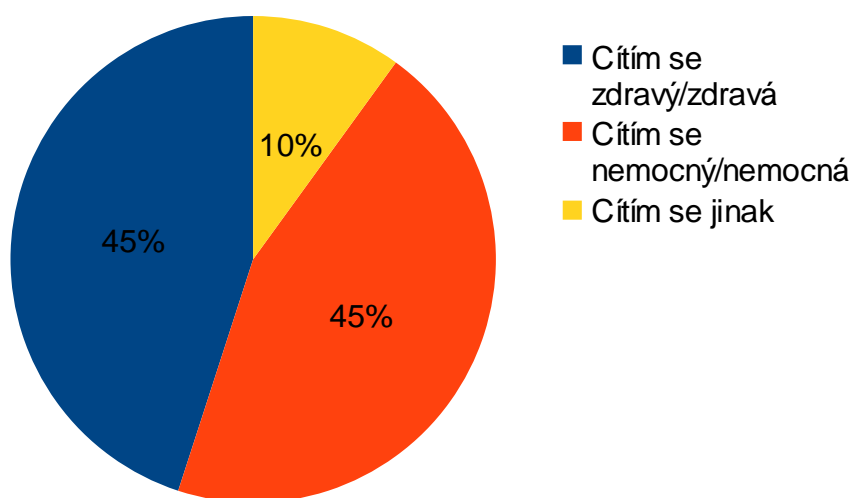
Ze získaných výsledků je vidět, že u 29 (57 %) dotazovaných byla rodina oporou a podporou při léčbě mentální anorexie. 15 (29 %) respondentů odpovědělo, že rodina nereagovala na onemocnění člena rodiny. Naopak na léčbu mentální anorexie měla rodina negativní vliv, a to u 7 respondentů, tedy 14 %. Rodina jedince má velký význam při léčbě mentální anorexie. Rodina udává stravovací zvyklosti jedince. Při léčbě mentální anorexie se využívá rodinná terapie, která má velký vliv na uzdravení jedince. Je pozitivní, že rodina je oporou a podporuje pacienta při léčbě mentální anorexie.

Otázka č. 7: Jak se cítíte (momentální stav)?

Tab. 7 Momentální stav

Momentální stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
Cítím se zdravý/zdravá	23	45%
Cítím se nemocný/nemocná	23	45%
Cítím se jinak	5	10%

Jinak je 1x „cítím se dobře, ale stavy úzkosti se lehce vrací, jím ráda, ale přesto mi není vždy dobře, ale po zkušenosti se snažím jíst pravidelně, protože není nic horšího než to, že se chcete najíst a ono to prostě nejde“, 1x špatně a 3x nevyplněno



Momentální stav

Graf 7 Momentální stav respondentů

Komentář

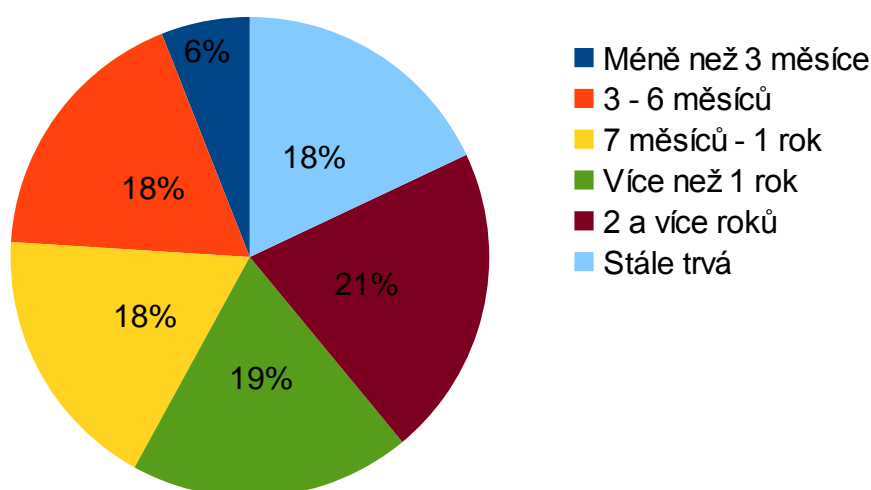
Výsledky ukazují, že 23 respondentů, tedy 45% odpovědělo, že se cítí zdraví. Dalším výsledkem ukazuje, že stejné procento respondentů, tedy 23 (45 %) odpovědělo, že se stále cítí nemocní. 5 respondentů, tedy 10 % odpovědělo, že se cítí jinak. Například citují: ... „Cítím se stále na půl cesty k uzdravení.“...Pacient s mentální anorexií je velmi úzkostná osobnost. Při léčbě se stav pacienta stále mění. Emoční složka pacientů s mentální anorexií je doprovázená depresivními příznaky. Pacient se během léčby pomalu snaží vrátit do normálního života a ke správným stravovacím návykům či si vytvořit správné stravovací návyky. Je velmi důležité, aby pacient mluvil při léčbě o svých pocitech, které se mu tzv. „běží“ hlavou. Psychický stav pacienta je základním aspektem úspěšné léčby.

Otázka č. 8: Jak dlouho trvala léčba mentální anorexie?

Tab. 8 Délka léčby mentální anorexie

Délka léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 3 měsíce	3	6%
3 – 6 měsíců	9	18%
7 měsíců – 1 rok	9	18%
Více než 1 rok	10	19%
2 a více roků	11	21%
Stále trvá	9	18,00%

Délka léčby mentální anorexie



Graf 8 Délka léčby

Komentář

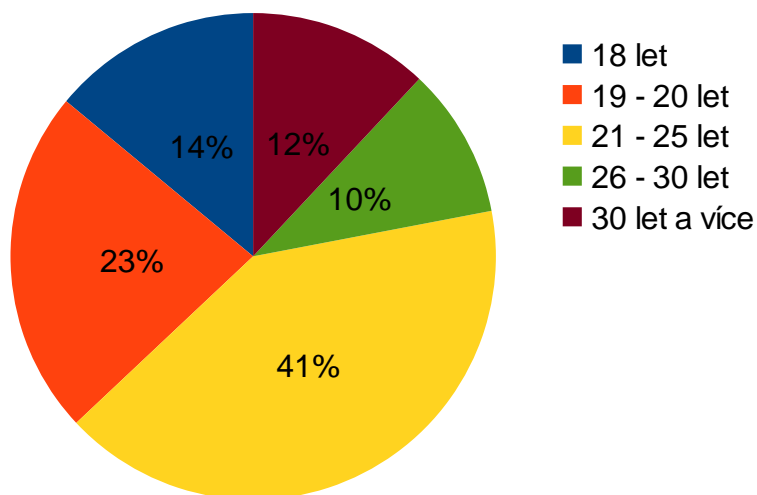
Nejvíce respondentů 11 (21%) respondentů odpovědělo, že léčba mentální anorexie trvala déle jak dva roky. Druhý výsledek ukazuje, že léčba trvala více než 1 rok, a to 10 (19 %) respondentů. Naopak 9 (18 %) respondentů odpovědělo, že léčba mentální anorexie u nich stále trvá. 9 (18 %) respondentů označilo, že léčba mentální anorexie u nich probíhala 3 – 6 měsíců a zároveň i 9 (18 %) respondentů odpovědělo, že léčba trvala 7 měsíců až 1 rok. U 3 respondentů, tedy 6% označilo, že léčba mentální anorexie trvala pouze 3 měsíce. Výsledek dotazníků ukazuje, že léčba mentální anorexie je velmi těžká a dlouhodobá. Je zcela individuální u každého jedince. Léčba mentální anorexie je velmi závislá na podpoře blízkých, ale i na motivaci pacienta se vyléčit.

Otázka č. 9: Kolik je Vám let?

Tab. 9 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 let	7	14%
19 – 20 let	12	23%
21 – 25 let	21	41%
26 – 30 let	5	10%
30 let a více	6	12%

Věk respondentů



Graf 9 Věk respondentů

Komentář

Otázka zjišťovala věk pacientů. Nejvíce respondentů 21, tedy 41 % odpovědělo, že jim je v rozmezí 21 – 25 let. 23 %, a to 12 respondentů odpovědělo, že patří do věkové kategorie 19 – 20 let. Věkovou kategorii 18 let označilo 7, tedy 14 % respondentů. Do věkové kategorie 30 let a více spadá 6, tedy 12 % respondentů. Nejmenší procento, a to (10 %) 5 respondentů patří do věkové kategorie 26 – 30 let. Ze zastoupení věkových skupin vyplývá, že mentální anorexie je aktuálním tématem v dospívání a na počátku tzv. mladé - rané dospělosti.

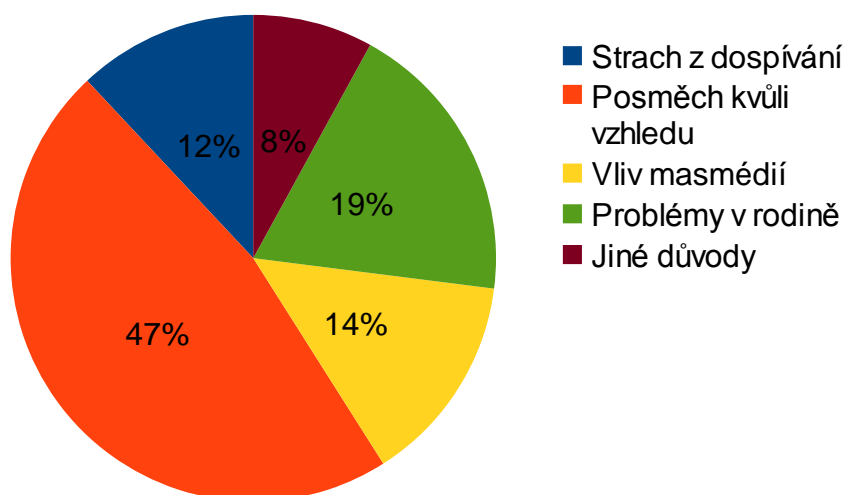
Otázka č. 10: Co si myslíte, že bylo příčinou vzniku mentální anorexie?

Tab. 10 Příčina mentální anorexie

Příčina mentální anorexie	Absolutní četnost	Relativní četnost	Kumulovaná absolutní četnost	Kumulovaná relativní četnost
Strach z dospívání	6	12%	6	12%
Posměch kvůli vzhledu	24	47%	30	59%
Vliv masmédií	7	14%	37	73%
Problémy v rodině	10	19%	47	92%
Jiné důvody	4	8%	51	100%

Jiné bylo 1x vypadat dobře a zároveň i jinak, 1x problémy v práci, 1x přítel a 1x stres a deprese

Příčina vzniku mentální anorexie



Graf 10 Příčina vzniku mentální anorexie

Komentář

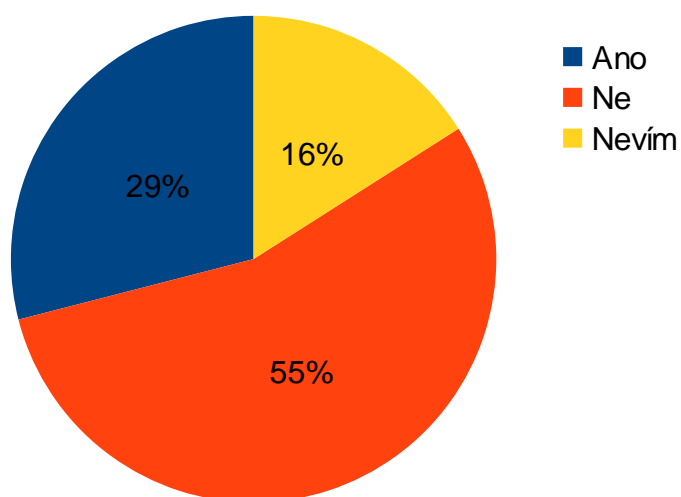
Ze získaných výsledků vyplývá, že nejčastější příčinou mentální anorexie je posměch kvůli vzhledu, a to u 24 (47%) respondentů. Druhou nejčastější příčinou vzniku mentální anorexie jsou problémy v rodině, a to 10 (19%) respondentů. Na třetím místě příčiny mentální anorexie je vliv masmédií, a to 7 (14%) respondentů. 6 (12%) respondentů odpovědělo, že spouštěcím faktorem mentální anorexie byl strach z dospívání a u 4 (8%) respondentů odpovědělo, že spouštěčem byly jiné důvody. Výsledek výzkumu ukazuje, že nejčastějšími příčinami vzniku onemocnění je posměch kvůli vzhledu a problémy v rodině. Pro léčbu je důležité objasnit příčinu vzniku onemocnění, aby byla léčba účinná.

Otázka č. 11: Jste spokojena/spokojen se svou postavou?

Tab. 11 Spokojenost s vlastní postavou

Hodnocení vlastní postavy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	15	29%
Ne	28	55%
Nevím	8	16%

Spokojenost s vlastní postavou



Graf 11 Spokojenost se svou postavou

Komentář

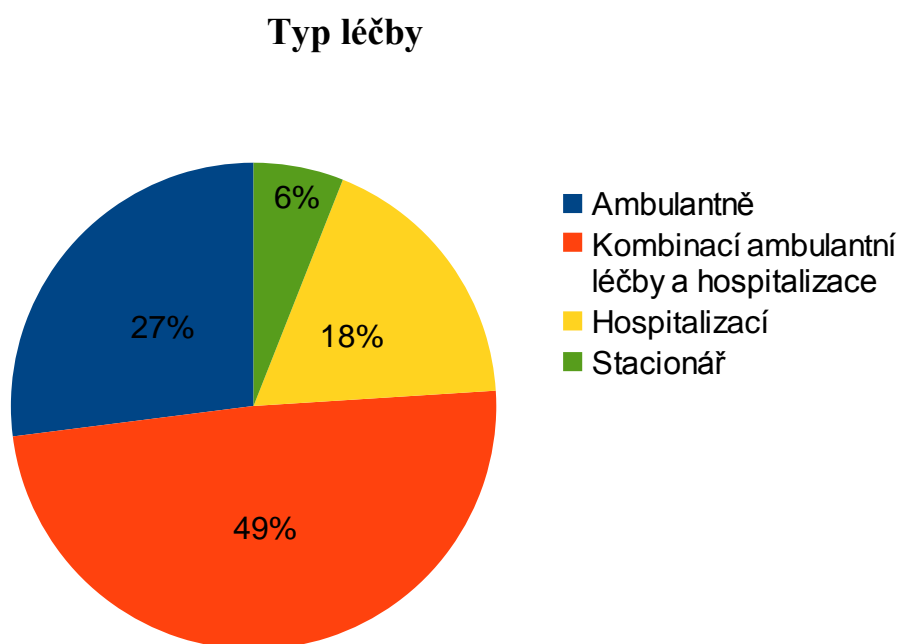
Ve výzkumné části formou dotazníku jsme zkoumali, jak pacienti s mentální anorexií jsou spokojeni s vlastní postavou. Nejvíce 28 respondentů, tedy 55 % odpovědělo, že nejsou spokojeni se svou postavou. 15 (29%) respondentů uvedlo, že se svou postavou jsou spokojeni. Na odpověď nevím, zda jsem se svojí postavou spokojena/spokojen odpovědělo 8 (16%) respondentů.

Pacienti s mentální anorexií mají zkreslený obraz těla, který je doprovázen negativními emocemi. Výsledkem je, že pacienti s mentální anorexií jsou ve většině případů nespokojeni se svou postavou.

Otázka č. 12: Jak jste byla/byl léčena/léčen?

Tab. 12 Typ léčby

Typ léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ambulantně	14	27%
Kombinací ambulantní léčby a hospitalizace	25	49%
Hospitalizací	9	18%
Stacionář	3	6%



Graf 12 Typ léčby mentální anorexie

Komentář

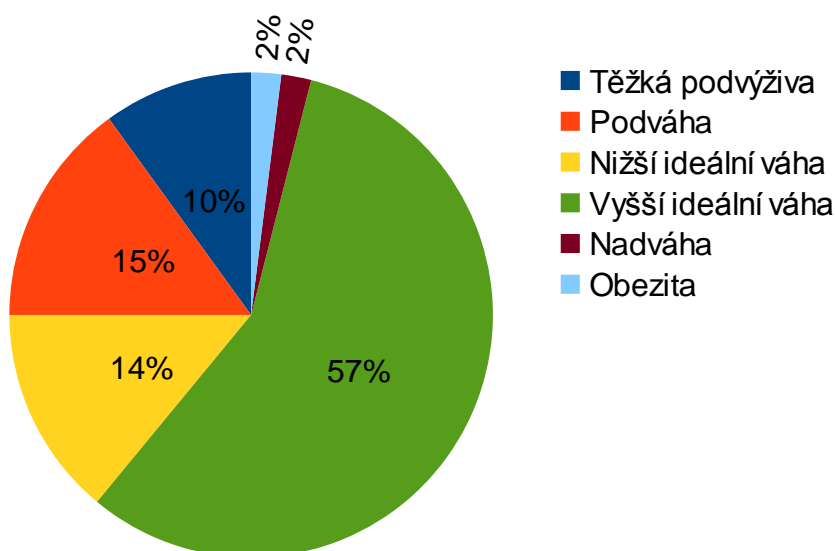
Tato otázka přehledně rozděluje respondenty dle typu léčby mentální anorexie. Nejvíce 25 respondentů, tedy 49 % odpovědělo, že se léčili kombinací ambulantní léčby a hospitalizace. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že se respondenti léčili formou klasické ambulantní péče, a to 14 (27%) respondentů. 9 (18%) respondentů, uvedlo, že se léčili formou hospitalizace. Jen 3 respondenti, tedy (6%) odpovědělo, že se léčili docházením do denního stacionáře. Výsledek průzkumu vypovídá, že nejčastěji se respondenti léčili ambulantní léčbou s kombinací hospitalizace. Léčba mentální anorexie je velmi náročná a téměř vždy po odeznění akutní fáze onemocnění musí pacient docházet k ambulantnímu psychiatrovi a pokračuje i psychoterapeutická péče.

Otázky č. 13 a 14: Kolik momentálně vážíte, kolik měříte – přepočteno na BMI?

Tab. 13, 14 BMI

BMI	Absolutní četnost	Relativní četnost
Těžká podvýživa (< 16,5)	5	10%
Podváha (16,5 – 18,5)	8	15%
Nižší ideální váha (18,5 – 20)	7	14%
Vyšší ideální váha (20 - 25)	29	57%
Nadváha (25 – 30)	1	2%
Obezita (> 30)	1	2%

BMI



Komentář

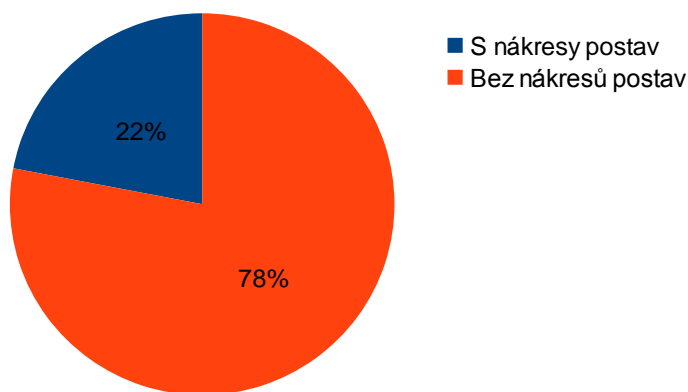
Tato otázka je zaměřená na zhodnocení BMI. V dotazníku byly položeny otázky na momentální váhu a výšku dotazovaných, proto abych mohla zhodnotit BMI při léčbě mentální anorexie. 29 (57%) respondentů má vyšší ideální váhu. Druhou nejčastější odpovědí, a to 8 (15%) respondentů má podváhu. Další odpovědí bylo, že 7 (14%) respondentů má nižší ideální váhu. Těžkou podvýživu má 5 (10%) dotazovaných. 1 respondent, tedy 2% má nadváhu a 1 respondentů, tedy 2% trpí obezitou. Je pozitivní, že více jak polovina respondentů má aktuálně vyšší ideální váhu.

Otázka č. 15 Nakreslete svojí postavu, jak se vidíte teď?

Tab. 15 Nákresy postav

Nákresy postav	Absolutní četnost	Relativní četnost
Počet dotazníků s nákresy postav	11	22 %
Počet dotazníků bez nákresů postav	40	78 %

Nákresy postav



Graf 15 Nákresy postav

Komentář

V otázce č. 15 měli respondenti nakreslit svoji postavu, jak vidí a vnímají sami sebe. Z celkového počtu 51 navrácených dotazníků byla kresba pouze v 11 případech, tedy u 22 % respondentů. U 40 případů, tedy v 78 %, respondenti svoji postavu nenakreslili.

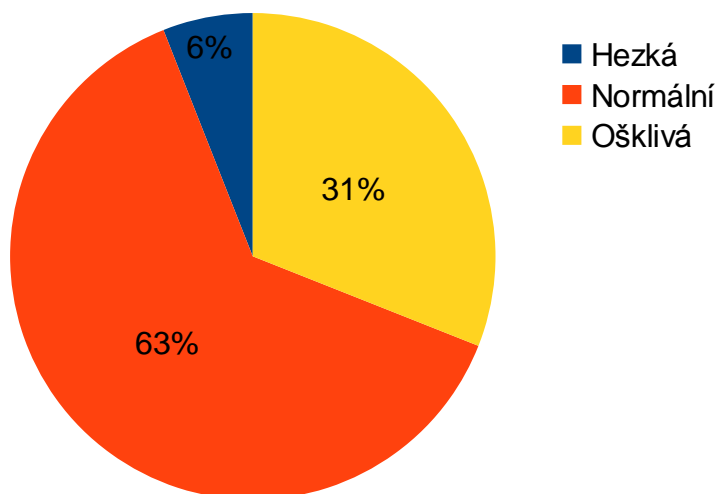
Otázka č. 15 bude dále zpracována ještě jednou v soustavě k otázce č. 16, 17, 18, 19 a to pouze u dotazníků, kde respondenti připojili svoji kresbu – nakreslili svoji postavu. Otázky budou označeny příslušným číslem 16, 17, 18, 19 a označením otázka vztahená ke kresbě. Dále pak zde následuje vyhodnocení otázek č. 16, 17, 18, 19 vyplývající z celkového počtu navrácených dotazníků – 51 – 100 %. Všichni respondenti (51), totiž vyplnili výše uvedené otázky, ale jen 11 respondentů připojilo svoji kresbu.

Otázka č. 16 Zkuste charakterizovat svoji postavu, jako byste byla/byl cizí člověk, který ji potká venku na ulici (vztaženo k celkovému počtu dotazníků).

Tab. 16 Vzhled

Vzhled	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hezká	3	6%
Normální	32	63%
Ošklivá	16	31%

Vzhled



Graf 16 Vzhled

Komentář

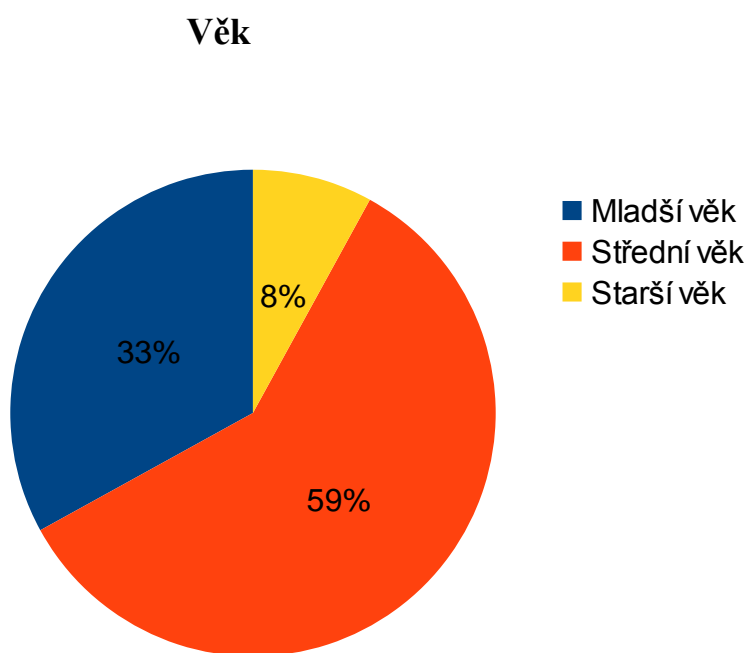
Tato otázka je zaměřená na vnímání sebe sama, a to na samotný vzhled respondenta. Nejvíce 32 respondentů odpovědělo, tedy 63 %, že vnímají svůj vzhled jako normální. 16 (31%) respondentů odpovědělo, že se vnímají jako ošklivý. Nejméně častou odpovědí bylo, že se respondenti vnímají jako hezcí, a to 3 (6%) respondentů.

Z uvedených výsledků vyplývá, že více jak polovina respondentů se vnímá normálně. Téměř třetina dotazovaných respondentů se vnímá jako oškliví a velmi malý počet respondentů se vnímá jako hezcí. Pro mentální anorexii je charakteristické zkreslené vnímání sebe sama a svého těla i po ukončení léčby.

Otázka č. 17 Zkuste charakterizovat svoji postavu, jako byste byla/byl cizí člověk, který ji potká venku na ulici dle věku (vztaženo k celkovému počtu dotazníků).

Tab. 17 Věk

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mladší věk	17	33%
Střední věk	30	59%
Starší věk	4	8%



Graf 17 Věk

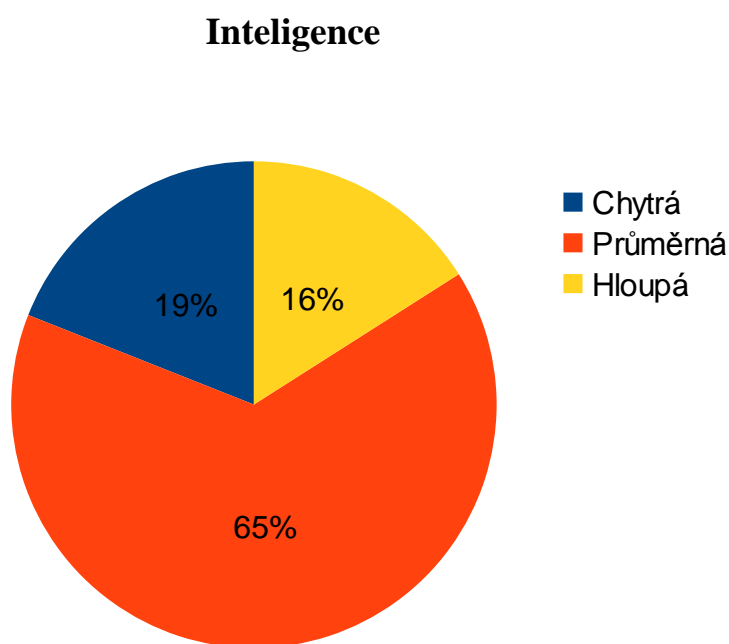
Komentář

Tato otázka je zaměřená na rozdělení respondentů dle vnímání věku. 30 (59 %) respondentů odpovědělo, že se vnímají jako by patřili do věkové kategorie středního věku. Další 17 respondentů, 33% odpovědělo, že se vnímají jako by patřili do věkové kategorie mladšího věku. Zbýlých 4 (8 %) respondentů odpovědělo, že se vnímají jako by patřili kategorie staršího věku. Z výsledků vyplývá, že největší počet respondentů se vnímá, jako by patřili do věkové kategorie středního věku.

Otázka č. 18 Zkuste charakterizovat svoji postavu, jako byste byla/byl cizí člověk, který ji potká venku na ulici dle inteligence (vztaženo k celkovému počtu dotazníků).

Tab. 18 Hodnocení inteligence

Inteligence	Absolutní četnost	Relativní četnost
Chytrá	10	19%
Průměrná	33	65%
Hloupá	8	16%



Graf 18 Hodnocení inteligence

Komentář

Tato otázka se týká hodnocení svého intelektu. Nejvíce respondentů odpovědělo, že se vnímá- hodnotí jako průměrní, a to 33 (65%) respondentů. 10 (19%) respondentů se vnímá jako chytrá/chytrý. Nejméně častou odpovědí, tedy u 8 (16%) respondentů bylo, že se hodnotí - vnímá jako hloupá/hloupý. Z uvedených výsledků vyplývá, že více jak polovina respondentů se vnímá - hodnotí, jako osoby s průměrnou inteligencí.

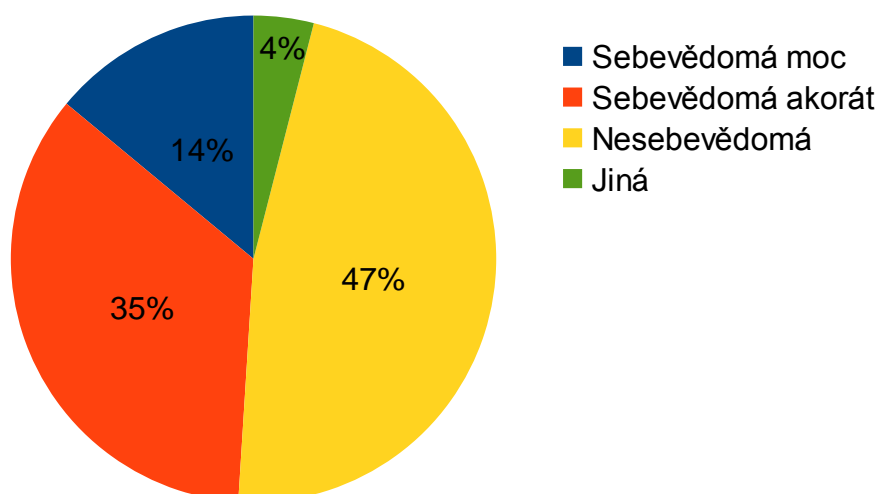
Otázka č. 19 Zkuste charakterizovat svoji postavu, jako byste byla/byl cizí člověk, který ji potká venku na ulici dle sebevědomí (vztaženo k celkovému počtu dotazníků)

Tab. 19 Hodnocení sebevědomí

Hodnocení sebevědomí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sebevědomá moc	7	14%
Sebevědomá normálně	18	35%
Nesebevědomá	24	47%
Jiná	2	4%

Jiná je 1x nevýrazná, 1x nesvá

Hodnocení sebevědomí



Graf 19 Hodnocení sebevědomí

Komentář

Tato otázka rozděluje respondenty dle vnímání vlastního sebevědomí. Nejčastější odpovědí u 24 respondentů, tedy 47 % bylo, že pokud by se potkali na ulici, vnímali by se jako nesebevědomí. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že by se vnímali jako přiměřeně sebevědomí, a to 18 (35%) respondentů. 7 respondentů, tedy 14% odpovědělo, že by se vnímali jako někdo, kdo je příliš sebevědomí a u 2 respondentů, tedy 4% odpověděli, že by se vnímali, jako by patřili do kategorie jiní (nevýrazní, nesví). Výsledek výzkumu vypovídá, že téměř polovina respondentů se hodnotí jako nesebevědomí.

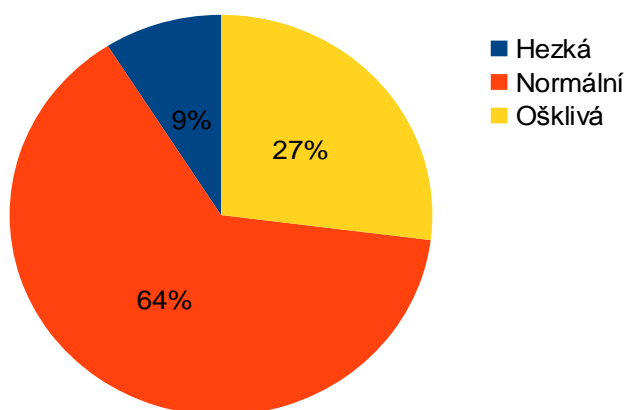
Při vyhodnocení dotazníkového šetření jsme k nakresleným postavám (tam, kde byly uvedeny) přiřadili také hodnocení sebe sama, které uvedl konkrétní respondent, viz. otázky č. 16, 17, 18, 19. Jako 100% základ k vyhodnocení jsme použili právě 11 získaných kreseb respondentů.

Otázka č. 16 Zkuste charakterizovat svoji postavu, jako byste byla/byl cizí člověk, který ji potká venku na ulici (otázka vztažená ke kresbě).

Tab. 16 Vzhled

Vzhled	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hezká	1	9%
Normální	7	64%
Ošklivá	3	27%

Vnímání vzhledu



Graf 16 Vnímání vzhledu

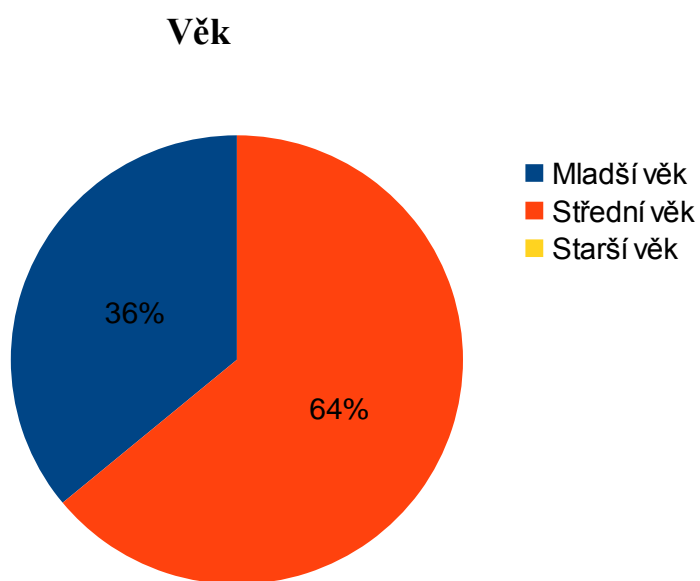
Komentář

Tato otázka vztažená ke kresbě, přehledně rozděluje respondenty dle vnímání vlastního vzhledu. Nejvíce 7 respondentů, tedy 64 % odpovědělo, že vnímají svůj vzhled jako normální. 3 respondenti, tedy 27 % uvedli, že se vnímají jako oškliví. 1 respondent, tedy 9 % odpověděl, že se vnímá jako hezký. Z dotazníkového šetření jsme zjistili, že více jak polovina respondentů, kteří se nakreslili, vnímá svůj vzhled jako normální. Téměř třetina respondentů odpověděla, že vnímá svůj vzhled jako ošklivý. Velmi malý počet respondentů odpovědělo, že vnímá svůj vzhled jako hezký.

Otázka č. 17 Zkuste charakterizovat svoji postavu, jako byste byla/byl cizí člověk, který ji potká venku na ulici dle věku (otázka vztažená ke kresbě).

Tab. 17 Věk

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mladší věk	4	36%
Střední věk	7	64%
Starší věk	0	0%



Graf 17 Věk

Komentář

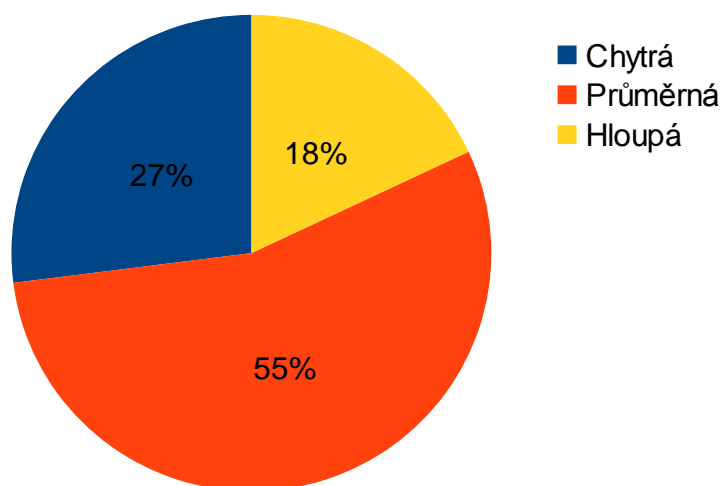
Otázka č. 17 vztažená ke kresbě, přehledně rozděluje respondenty dle vnímání věku. Největší počet 7 respondentů, tedy 64 % odpověděli, že se vnímají jako by patřili do věkové kategorie středního věku. 4 respondenti, tedy 36 % odpověděli, že se vnímají jako by patřili do kategorie mladšího věku. Nikdo z respondentů neuvedl, že by patřil do kategorie staršího věku. Z výzkumného šetření jsme zjistili, že nejvíce respondentů odpověděli, že se vnímají jako by patřili do kategorie středního věku.

Otázka č. 18 Zkuste charakterizovat svoji postavu, jako byste byla/byl cizí člověk, který ji potká venku na ulici dle inteligence (otázka vztažená ke kresbě).

Tab. 18 Hodnocení inteligence

Inteligence	Absolutní četnost	Relativní četnost
Chytrá	3	27%
Průměrná	6	55%
Hloupá	2	18%

Inteligence



Graf 18 Hodnocení inteligence

Komentář

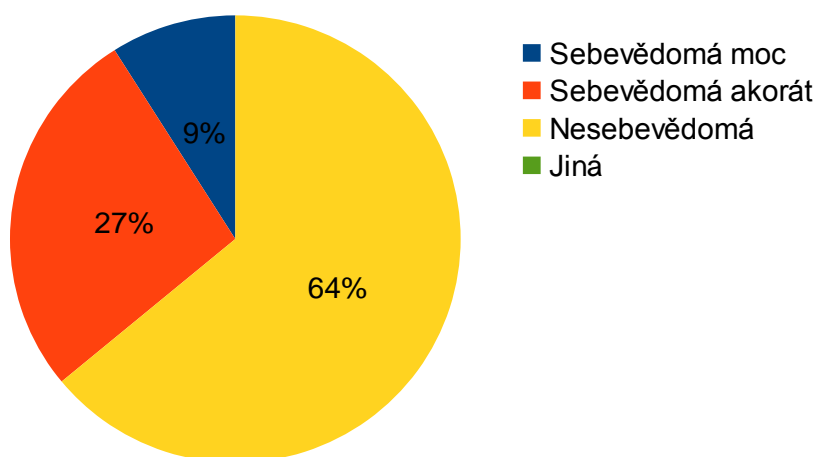
Otázka č. 18 vztažená ke kresbě, přehledně rozděljuje respondenty dle hodnocení inteligence. Nejvíce 6 respondentů, tedy 55 % vnímá – hodnotí jako průměrné osoby. 27 %, tedy 3 respondenti se vnímají – hodnotí jako osoby chytré. Nejméně častou odpovědí bylo, že se 2 respondenti, tedy 18 % vnímají – hodnotí jako osoby hloupé. Z této otázky vyplývá, že více jak polovina respondentu vnímá – hodnotí jako osoby s průměrnou inteligencí.

Otázka č. 19 Zkuste charakterizovat svoji postavu, jako byste byla/l cizí člověk, který ji potká na ulici (otázka vztažená ke kresbě).

Tab. 19 Hodnocení sebevědomí

Hodnocení sebevědomí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sebevědomá moc	1	9%
Sebevědomá normálně	3	27%
Nesebevědomá	7	64%
Jiná	0	0%

Hodnocení sebevědomí



Graf 19 hodnocení sebevědomí

Komentář

Otázka č. 19 vztažená ke kresbě, přehledně rozděluje respondenty dle zhodnocení sebevědomí. Nejvíce 7 respondentů, tedy 64 % odpověděli, že pokud by se potkali na ulici, vnímali by se jako nesebevědomí. 3 respondenti, tedy 27 % odpověděli, že by se vnímali jako normálně sebevědomí a 1 respondent tedy 9 % odpověděl, že by se vnímal jako moc sebevědomí. Z dotazníkového šetření jsme zjistili, že více jak polovina respondentů se vnímá jako nesebevědomí.

9.1 Hlavní výsledky práce a ověřování hypotéz

Cílem bakalářské práce je zjistit úspěšnost léčby mentální anorexie, jak se pacienti vnímají po léčbě mentální anorexie a objasnit nejčastější příčinu vzniku mentální anorexie. K vyhodnocení cíle byly stanoveny dvě hypotézy.

Hypotéza číslo 1: předpokládáme, že rodinná opora může urychlit léčbu a minimalizovat důsledky mentální anorexie.

Hypotézu jsme ověřili pomocí otázek 4, 5, 6 (viz graf číslo 4, 5, 6). Na základě otázky č. 4: „*Co se dle Vašeho názoru podílí na obtíži v léčbě?*“ jsme zjistili, že téměř třetina (26 %) respondentů uvedla, že se na obtíži v léčbě podílí dysfunkční rodina. V otázce č. 5 jsme zkoumali: „*Kdo Vám pomohl při léčbě mentální anorexie?*“ bylo zjištěno, že téměř polovina (45 %) respondentů odpovědělo, že rodina pomohla pacientovi při léčbě mentální anorexie. Na základě otázky č.6: „*Přístup rodiny při onemocnění mentální anorexie?*“ více jak polovina (57 %) respondentů odpověděla, že rodina byla během léčby podporou pacienta. I přes nepotvrzení hypotézy, byl zjištěn významný fakt, že 29 % respondentů odpovědělo, že rodina byla bez reakce při onemocnění pacienta a 14 % respondentů odpovědělo, že rodina měla negativní vliv na léčbu pacienta.

Hypotéza čísla jedna se nepotvrdila.

Hypotéza číslo 2: předpokládáme, že dysfunkční rodina zhoršuje léčbu mentální anorexie.

K ověření hypotézy slouží otázky číslo 4, 10 (viz graf číslo 4, 10). Zajímalo nás „*Co se dle názorů respondentů podílí na obtíži v léčbě?*“. Z dotazníku vyplynulo, že téměř třetina (26%) respondentů odpověděla, že se na obtíži v léčbě podílela dysfunkční rodina. Získaná data ukazují, že při léčbě mentální anorexie je důležitá podpora rodiny či přátel. Pokud je rodina dysfunkční tak zhoršuje léčbu mentální anorexie. V otázce č. 10 jsme zkoumali: „*Nejčastější příčinu vzniku mentální anorexie?*“. Zjistili jsme, že 10 (tj. 19%) respondentů odpovědělo, že nejčastější příčinou vzniku mentální anorexie jsou problémy v rodině. Hypotéza se tedy nepotvrdila. Dle získaných výsledků dotazníkovým šetřením se hypotéza nepotvrdila, což můžeme přisuzovat malému vzorku dotazníkového šetření.

Hypotéza čísla dvě se nepotvrdila.

10 Diskuze

Na základě průzkumného šetření, jsme zjistili, že se na obtíži v léčbě podílí dysfunkční rodina, a to u téměř třetiny respondentů. Tento výsledek vypovídá o komplikaci v léčbě pacientů s mentální anorexií. Domníváme se, že při léčbě pacientů s diagnózou mentální anorexie hraje důležitou roli podpora rodiny. Pokud chybí opora rodiny, ztrácí tak často pacienti motivaci se uzdravit. Součástí léčby mentální anorexie je i rodinná terapie. Pokud je rodina pacienta dysfunkční, odráží se tento fakt i v léčbě. Komunikace zdravotnického personálu s dysfunkční rodinou je náročná. Na počátku léčby mentální anorexie by měla být rodina /pokud jde o nezletilého jedince/ informovaná důsledně o onemocnění a o důležitosti vzájemné spolupráce se zdravotnickým personálem.

I v otázce č. 6 jsme se dozvěděli a zároveň potvrdili alarmující zprávu, že rodiny při onemocnění svého člena byly bez reakce, a to u téměř třetiny (29 %) respondentů. Rodina pacientů hraje důležitou roli v životě pacienta. Rodina určuje stravovací návyky, kterými se pacienti během života řídí. Pokud pacienti nemají oporu rodiny, je léčba mentální anorexie komplikována.

Otázka č. 10 se zaměřuje na nejčastější příčinu vzniku mentální anorexie. Dle zjištěných výsledků vyplývá, že téměř polovina (47%) respondentů odpověděla, že příčinou vzniku onemocnění byl posměch kvůli vzhledu. Tato informace potvrzuje fakt, že dnešní společnost určuje kritéria úspěšnosti a ve vztahu k vzhledu. Pokud pacient daným kritériím neodpovídá, je společností odsouzen. Mentální anorexie nejčastěji vzniká v období puberty a adolescence, kdy je jedinec nejvíce tzv. „osobnostně křehký“.

V otázce č. 15 jsme zkoumali, jak respondenti vnímají svoji postavu a zároveň jak ji ztvárnili. Z celkového počtu 120 dotazníků se nám vrátilo 51 vyplněných dotazníků. Otázku číslo 15 vyplnilo pouze 11 respondentů, tj. 11 respondentů připojilo svoji kresbu své postavy. Kresby potvrdily i fakt uváděný v odborné literatuře (Krch 2002), že pacienti s diagnózou mentální anorexie mají zkreslený obraz svého těla, a proto se vnímají jinak, než opravdu vypadají.

V otázkách č. 16, 17, 18, 19 vztažených ke kresbě jsme zjišťovali, jak se pacienti s diagnózou mentální anorexie vnímají. V otázce č. 16 vztažené ke kresbě jsme zjistili, že téměř třetina pacientů se vnímá jako oškliví. Důvodem tohoto zjištění je, že pro mentální anorexie je charakteristické zkreslené vnímání sebe sama a svého tělesného schématu. Otázka č. 17 byla zaměřena na to, jak starými se respondenti vnímají nebo- li jaký věk by si přisoudili. Z analýzy výsledků vyplývá, že více jak polovina (59 %) respondentů, kteří kresbu nepřipojili a (64 %) respondentů, kteří kresbu připojili, se vnímá jako by byli osoby středního věku. V otázce č. 18 jsme zkoumali, jak se respondenti vnímají dle inteligence. V literatuře se uvádí, že pacienti s mentální anorexií jsou ve většině případů velmi chytří a cílevědomí lidé. Z dotazníkového šetření jsme zjistili, že více jak polovina (65 %) respondentů, kteří kresbu nepřipojili a (55 %) respondentů, kteří kresbu připojili, se vnímá jako lidé s průměrnou inteligencí, přestože v odborné literatuře jsou často hodnoceni jako nadprůměrní. Jen 19 % respondentů, kteří kresbu nepřipojili a (27 %) respondentů, kteří kresbu připojili, se vnímá jako chytří lidé. V otázce č. 19 jsme se zaměřili na vnímání sebevědomí respondentů. Z dotazníkového šetření jsme zjistili, že téměř polovina respondentů, kteří nepřipojili vlastní kresbu (47 %) a (64 %), kteří připojili vlastní kresbu, se vnímá jako nesebevědomí lidé. Z tohoto výsledku můžeme usuzovat, že mentální anorexie výrazně ovlivňuje psychickou stránku osobnosti a tzv. ji „devaluje“.

Při úvodu bakalářské práce byly stanoveny dvě hypotézy. Obě dvě hypotézy nebyly potvrzeny. V první hypotéze jsme předpokládali, že rodinná opora může urychlit léčbu a minimalizovat důsledky mentální anorexie. K hypotéze číslo jedna se nám stahovaly otázky č. 4, 5, 6. Důvodem, proč se nám hypotéza nepotvrdila je pravděpodobně malý vzorek respondentů, vezmeme-li v potaz námi zjištěné a zjištění dostupná v literatuře.

V hypotéze číslo dvě jsme předpokládali, že dysfunkční rodina zhoršuje léčbu mentální anorexie. I tato hypotéza nebyla potvrzena, pravděpodobně taktéž z důvodu malého vzorku respondentů.

Výsledky ukazují i na to, že jsme možná mohli stanovit hypotéz více či je formulovat jinak. Každopádně zjištění, jichž jsme zde dosáhli, mohou být pro nás inspirujícím vodítkem pro další výzkumnou práci a mohou posloužit jako tzv. „předvýzkum“.

11 Návrh na řešení zjištěných nedostatků

Na základě průzkumného šetření jsme zjistili, že 1/3 respondentů uvedla, že jejich rodina byla při léčbě mentální anorexie bez reakce a 14 % respondentů odpovědělo, že rodina měla negativní vliv na jejich léčbu. Je velmi důležité, aby rodina i společnost byly dostatečně informovány o diagnóze mentální anorexie a zároveň motivovány nabídnout pomoc pacientům s mentální anorexií. Rodina sehrává velmi důležitou úlohu v životě každého člověka a při léčbě svého člena s diagnózou mentální anorexie by měla být motivovaná zapojit se do jeho léčby (v případě dítěte vždy, jedná-li se o dospělého člověka, pak bude-li o to stát).

Dovolujeme si doporučit následující řešení dané problematiky ve vazbě na prevenci primární, sekundární i terciární:

- Vytvoření informačního letáku o diagnóze mentální anorexie pro rodinné příslušníky a společnost.
- Předat výsledky získané naším dotazníkovým šetřením do středisek psychoterapeutických služeb a do psychiatrických ambulancí.
- Předat výsledky získané naším dotazníkovým šetřením do psychiatrických klinik.
- Připravit besedy pro děti a mládež na téma poruchy příjmu potravy a jejich rizika ve vazbě na komplikace a následky.

12 Závěr

Bakalářská práce se zabývá úspěšností léčby mentální anorexie. Zjišťovali jsme zde, jak se pacienti vnímají po léčbě mentální anorexie a objasňovali jsme nejčastější příčinu vzniku mentální anorexie. Zaměřili jsme se také na to, co je velmi důležité vědět při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s diagnózou mentální anorexie. A dále jsme se zabývali i tím, co bylo spouštěcími faktory mentální anorexie a snažili jsme se pochopit, jak se pacienti s diagnózou mentální anorexie vnímají po léčbě.

Cílem bakalářské práce bylo objasnit nejčastější příčiny vzniku mentální anorexie. Bylo zjištěno, že nejčastější příčinou vzniku mentální anorexie je posměch kvůli vzhledu, a to skoro u téměř poloviny (47 %) respondentů. Velmi důležitá je informovanost společnosti o zjištění, jak velký vliv hraje vzhled a co způsobuje posměch kvůli vzhledu při vzniku poruchy mentální anorexie. Bude-li společnost dostatečně informována o vlivu posměchu kvůli vzhledu na vznik poruchy mentální anorexie, jen tehdy se může zabývat otázkou prevence. Dalším cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak se pacienti vnímají po léčbě mentální anorexie. Výsledkem zjištění bylo, že 63 % respondentů hodnotí svoji postavu jako normální, 59 % respondentů se vnímá jako by patřili do věkové kategorie středního věku, 65 % dotazovaných se vnímá jako by byli lidé s průměrnou inteligencí a 47 % respondentů odpověděli, že jsou nesebevědomí.

Na začátku bakalářské práce byly definovány hypotézy, jejichž pravdivost, nepravdivost či neprokazatelnost bylo nutno zjistit ve výzkumné části. Jako forma zjištění byly použity dotazníky, které byly rozdány v psychiatrických ambulancích a střediscích psychoterapeutických služeb a mezi respondenty, kteří jsou po léčbě mentální anorexie.

Naše hypotézy se nepotvrdily. Přesto, že se prokázalo, že rodinná opora může mít důležité místo v léčbě, 57 % respondentů odpovědělo, že rodina byla podporou při léčbě, ale je velmi znepokojivé, že 29 % respondentů odpovědělo, že rodina při léčbě mentální anorexie byla bez reakce. Skoro 26 % respondentů odpovědělo, že dle jejich názoru dysfunkční rodina nebyla komplikací v léčbě. Je proto velmi důležité, aby /u nezletilých jedinců/ byla rodina pacienta dobře informována o průběhu onemocnění a motivována ke spolupráci při léčbě mentální anorexie. Spolupráce rodiny má důležité místo při léčbě mentální anorexie.

Cílem celého zdravotnického týmu, který pečuje o pacienty s diagnózou mentální anorexie je snaha o dosažení uzdravení nemocného. Hlavním cílem je navrácení pacientky/pacienta do normálního života. Celý zdravotnický tým by měl být srozuměn s charakteristikou daného onemocnění a přístupem k nemocnému s diagnózou mentální anorexie. Zdravotnický personál by měl umět motivovat k léčbě nejen pacienta, ale i jeho rodinu a co nejlépe ji informovat o obrazu onemocnění mentální anorexie a o její léčbě. Nejdůležitějším aspektem léčby mentální anorexie je však motivace k léčbě právě na straně pacienta samotného a jeho aktivní přístup k léčbě.

Bibliografie

1. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. 1.vyd. Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 s. ISBN 85121-32-8.
2. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2.vyd. Praha: Grada, 2005. 255 s. ISBN 80-247-0840-X.
3. KOCOURKOVÁ, J., et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1.vyd. Praha: Galén, 1997. 150 s. ISBN 80-85824-51-5.
4. HORT, V., HRDLÍČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., Malá, E., et al. *Dětská adolescentní psychiatrie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2008. 494 s. ISBN 80-7367-404-1.
5. KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.
6. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody*.
7. VOMASTEK, P. *Z deníku anorektika*. 1.vyd. Praha, 2000. 256 s. ISBN 80-86065-10-3.
8. KRCH, F. D., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout: Jak rozpoznat a zvládnout bulimii a anorexii*. 1.vyd. Praha: Motto, 1998. 96 s. ISBN 80-85872-86-2.
9. Leibold, G. *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1.vyd. Praha: Svoboda, 1995. 140 s.
10. NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1.vyd. Brno: Cerm, 1995. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
11. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.

12. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2.vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80- 85912-18-X.
13. Pierre, Peggy C. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. 1.vyd. Praha: Pragma, 264 s. ISBN 80-7205-818-5.
14. *Duševní poruchy a poruchy chování*. 2.vyd. Psychiatrické centrum Praha, 2002. 306 s. ISBN 80-85912-18-X.
15. BARKER, P. *Základy dětské psychiatrie*. 1.vyd.Praha: Triton, 2007. 252 s. ISBN 978-80-7254-955-9.
16. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
17. KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2010. 264 s. ISBN 978-80-7367-807-4.
18. ANDERSEN, A. E., MORSE, C. L., SANTMYER, K. S.: *Inpatient treatment for anorexia nervosa*. In: *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and raton*
19. BERLIN, I. N., BOATMAN, M. J. SCHEIMO, S. L., et. al.: *Adolescent Alteraton of Anorexia and Obezity*. Am. J. Orthopsychiatry, 21, 1951, s. 387 – 419.

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník výzkumné části bakalářské práce s názvem: Mentální anorexie a její léčba

Příloha č. 2: Nákresy pacientů s diagnostikovanou mentální anorexií

Dotazník k výzkumné bakalářské práci

Vážení,

dovolte mi prosím, abych Vás požádala o spolupráci. Jsem studentka 3. ročníku Technické univerzity v Liberci, Ústav zdravotnických studií oboru Všeobecná sestra. Dovoluji si Vám předložit dotazník, který je součástí výzkumné části mé bakalářské práce na téma: Mentální anorexie a léčba. Dotazník obsahuje otázky, kde je možnost zvolit si odpověď, která nejvíce odpovídá Vaší reálné situaci a Vám samotným (vždy vyberte pouze jednu možnost). Dále se v dotazníku vyskytují otázky s otevřenou odpovědí, kde máte možnost volného vyjádření svého názoru. Dotazník je zaměřen na zjištění úspěšnosti léčby a objasnění nejčastější příčiny vzniku mentální anorexie. Není nutné se ničeho obávat, dotazník je anonymní a bude sloužit jen k vypracování bakalářské práce. Prosím Vás o svědomité vyplnění.

Děkuju předem za spolupráci. Alena Horáková

1. Pohlaví?

- a) Žena.....1
- b) Muž.....2

2. Věk propuknutí mentální anorexie?

- a) méně než 10 let.....1
- b) 11-14 let.....2
- c) 15-17 let.....3
- d) 18- 20 let.....4
- e) Víc než 20 let.....5

3. Jakým lékařem byla mentální anorexie poprvé zjištěna ?

- a) Praktický lékař pro děti pro děti a dorost.....1
- b) Gynekolog.....2
- c) Praktický lékař.....3
- d) Jiný lékař jaký?.....4

4. Co se dle vašeho názoru podílí na obtíži v léčbě?
- a) Dysfunkční rodina.....1
 - b) Přejchod do mentální bulimie.....2
 - c) Deprese.....3
 - d) Vnímání sebe sama.....4
 - e) Jiné obtíže jaké.....5
5. Kdo Vám pomohl při léčbě mentální anorexie?
- a) Rodina.....1
 - b) Přátelé.....2
 - c) Někdo jiný, kdo?.....3
 - d) Něco jiného, co?.....4
6. Přístup rodiny při onemocnění mentální anorexií?
- a) Podpora.....1
 - b) Rodina bez reakce.....2
 - c) Negativní vliv.....3
7. Jak se cítíte? (momentální stav)
- a) Cítím se zdravá/v.....1
 - b) Cítím se nemocná/ý.....2
 - c) Cítím se jinak, jak?.....3
8. Jak dlouho trvala léčba mentální anorexie?
- a) Méně než 3 měsíce.....1
 - b) 3 – 6 měsíců.....2
 - c) 7 měsíců – 1 rok.....3
 - d) Více než 1 rok.....4
 - e) 2 a více roků.....5
 - f) Stále trvá.....6
9. Kolik je Vám let?
- a) 18 let.....1
 - b) 19 – 20 let.....2
 - c) 21 - 25 let.....3
 - d) 26 - 30 let.....4
 - e) 30 let a více.....5

10. Co si myslíte, že bylo příčinou vzniku mentální anorexie?

- a) Strach z dospívání.....1
- b) Posměch kvůli vzhledu.....2
- c) Vliv masmédií.....3
- d) Problémy v rodině.....4
- e) Jiné důvody jaké?.....5

11. Jste spokojena/spokojen se svojí postavou?

- a) Ano1
- b) Ne.....2
- c) Nevím.....3

12. Jak jste byla/byl léčena/léčen?

- a) Ambulantně.....1
- b) Kombinace ambulantní léčby a hospitalizace.....2
- c) Hospitalizací.....3
- d) Stacionář.....4

13. Kolik momentálně vážíte?

.....

14. Kolik měříte?

.....

15. Nakreslete svojí postavu, jak se vidíte teď?

Zkuste charakterizovat svojí postavu jako byste byla/l cizí člověk, který ji potká venku na ulici.

16.

- a) Hezký.....1
- b) Normální.....2
- c) Ošklivý.....3

17.

- a) Mladší věk.....1
- b) Střední věk.....2
- c) Starší věk.....3

18.

- a) Chytrý.....1**
- b) Průměrný.....2**
- c) Hloupý.....3**

19.

- a) Sebevědomá moc.....1**
- b) Sebevědomá normálně.....2**
- c) Nesebevědomá3**
- d) Jiná, jaká?.....4**

Příloha č. 2 Viz. výsledek dotazníkové šetření: Vnímání sebe sama

Zkuste charakterizovat svoji postavu jako byste byla/l cizí člověk, který ji potká venku na ulici.

16.

- a) Hezký.....1**
- b) Normální.....2**
- c) Ošklivý.....3**

17.

- a) Mladší věk.....1**
- b) Střední věk.....2**
- c) Starší věk.....3**

18.

- a) Chytrý.....1**
- b) Průměrný.....2**
- c) Hloupý.....3**

19.

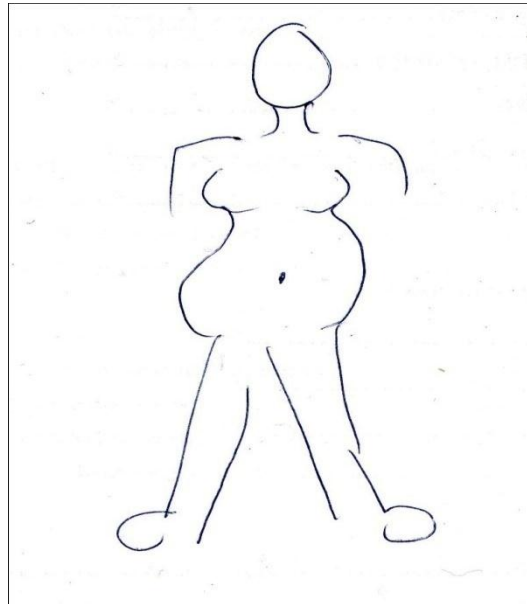
- a) Sebevědomá moc.....1**
- b) Sebevědomá normálně.....2**
- c) Nesebevědomá3**
- d) Jiná, jaká?.....4**

Obrázek č. 1

BMI=18

Vnímání sebe sama

- a) normální
- b) mladší věk
- c) průměrný
- d) sebevědomá

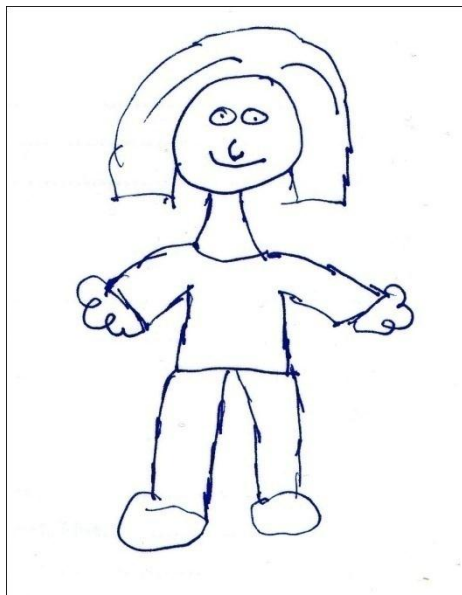


obrázek č. 2

BMI=21

Vnímání sebe sama

- a) normální
- b) střední věk
- c) chytrý
- d) sebevědomá normálně

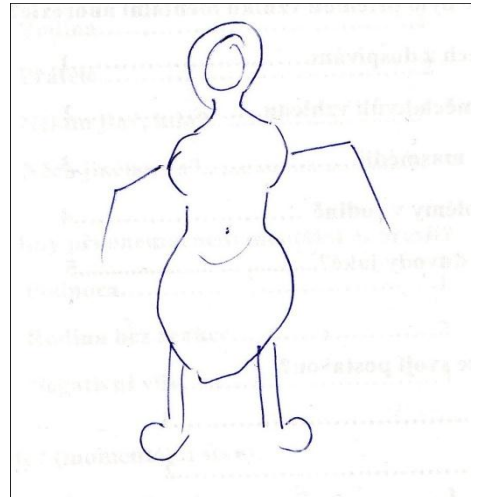


Obrázek č. 3

BMI=17

Vnímání sebe sama

- a) normální
- b) střední věk
- c) průměrná
- d) nesebevědomá

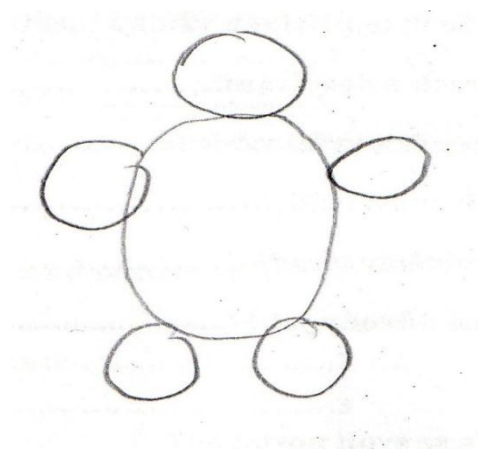


Obrázek č. 4

BMI =15

Vnímání sebe sama

- a) ošklivá
- b) střední věk
- c) hloupá
- d) nesebevědomá



Obrázek č.5

BMI=20

Vnímání sebe sama

- a) ošklivá
- b) střední věk
- c) hloupá
- d) nesebevědomá

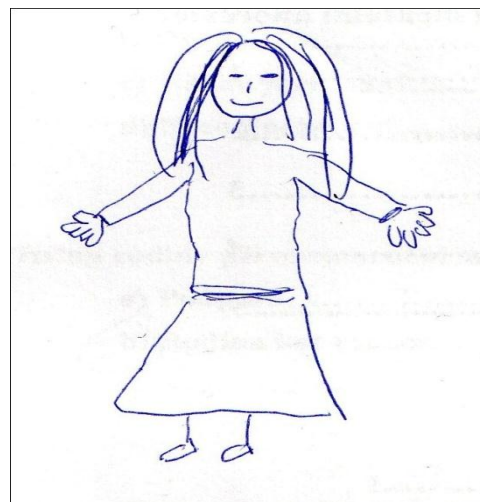


Obrázek č. 6

BMI=21

Vnímání sebe sama

- a) normální
- b) střední věk
- c) průměrná
- d) nesebevědomá

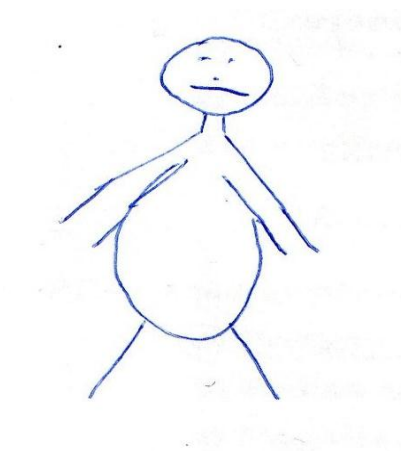


Obrázek č. 7

BMI=15

Vnímání sebe sama

- a) normální
- b) mladší věk
- c) průměrná
- d) nesebevědomá

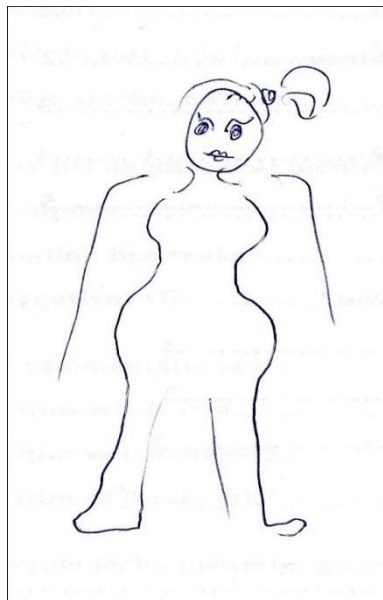


Obrázek č. 8

BMI=18

Vnímání sebe sama

- a) ošklivá
- b) mladší věk
- c) průměrná
- d) nesebevědomá

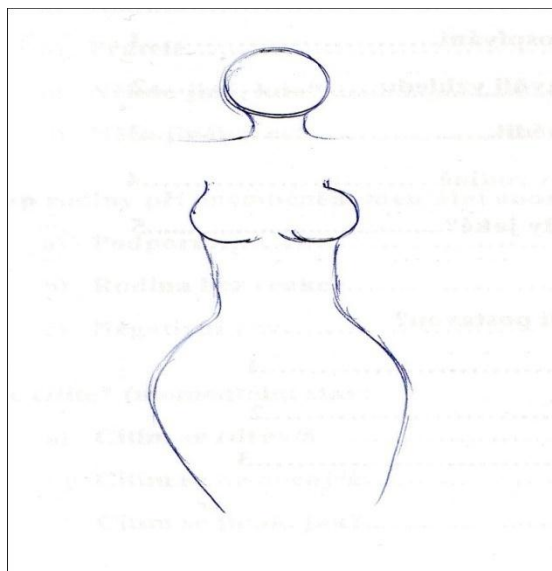


Obrázek č. 9

BMI=21

Vnímání sebe sama

- a) normální
- b) střední věk
- c) průměrná
- d) nesebevědomá

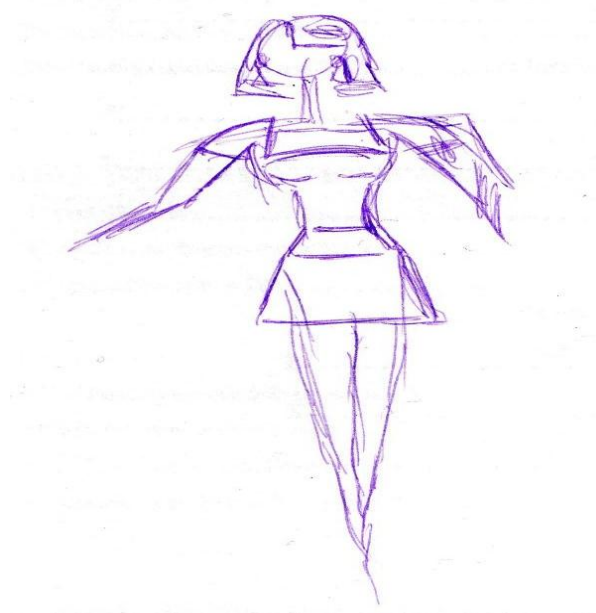


Obrázek č. 10

BMI=17

Vnímání sebe sama

- a) hezká
- b) mladší věk
- c) chytrá
- d) sebevědomá normálně



Obrázek č. 11

BMI=21

Vnímání sebe sama

- a) normální
- b) střední věk
- c) chytrá
- d) sebevědomá normálně

